

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL**



**LOS LENGUAJES DE LA VIOLENCIA EN EL CAMPO DE
SALUD: ESTUDIO DE CASO DE LA CLÍNICA DE
REHABILITACIÓN MANANTIAL DE VIDA**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
COMUNICACIÓN SOCIAL**

MARÍA JOSÉ MEDINA NAVAS

DIRECTOR: LCDO. ANGEL S. HERNÁN REYES AGUINAGA

**Quito – Ecuador
2013**

DEDICATORIA

A mi Dios

A mi madre, por el ejemplo de superación y valioso apoyo en todo momento desde el inicio de mis estudios, por ser quien ha compartido todos mis triunfos pero sobre todo porque ha sido el hombro que me ha sostenido cuando las lágrimas y la tristeza me invadían.

A mi abuelita, por el optimismo con el que siempre me impulso a seguir adelante y a culminar este trabajo.

A mi hermano, por siempre creer en mí, y apoyarme a culminar mis estudios universitarios a través de esta tesis.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer sinceramente a todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron a la realización de este trabajo.

A los responsables e internos de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida, sin su confianza y amistad no hubiese podido llevar a cabo esta investigación. A Christian Arteaga y Hernán Reyes por la confianza, compromiso y apoyo brindado durante la consecución completa de esta tesis. Agradezco a PharmaBrand, por haberme permitido realizar mi proyecto a la par con mi trabajo dedicando muchas horas y esfuerzo para la culminación del mismo.

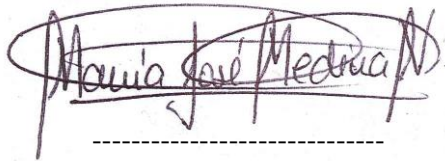
Por último deseo agradecer a mi abuelita Blanca Nájera de Navas, por su continua presión para la conclusión de este trabajo.

AUTORIZACIÓN DE AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, María José Medina Navas, en calidad de autor del trabajo de investigación o tesis realizada sobre “Los lenguajes de la violencia en el campo de la salud: estudio de caso de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida”, por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad a lo establecido en los artículos 5,6,8;19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.

Quito, 17 de julio de 2013

A handwritten signature in dark ink, reading "María José Medina Navas", is written over a horizontal dashed line. The signature is stylized with a large loop at the beginning and end.

CC 171262942-5

Correo electrónico majitohaz@hotmail.com

HOJA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En mi condición de Director (Tutor), certifico que la Señorita María José Medina Navas, ha desarrollado la tesis de grado titulada “Los lenguajes de la violencia en el campo de la salud: estudio de caso de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida”, observando las disposiciones institucionales que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo para que la mencionada señorita reproduzca el documento definitivo, presente a las autoridades de la carrera de Comunicación Social y proceda a la exposición de su contenido bajo mi dirección ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por tanto, autorizo su presentación definitiva.

A handwritten signature in dark ink, consisting of a large, stylized 'A' followed by a series of vertical strokes and a horizontal line, all contained within a light blue rectangular box. Below the box is a dashed horizontal line.

LCDO. Ángel S. Hernán Reyes Aguinaga

DIRECTOR

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
AUTORIZACIÓN DE AUTORÍA INTELECTUAL	iv
HOJA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	5
CAPÍTULO I	
SUSTENTO TEÓRICO	
1.1 El Poder y el sujeto	7
1.2 Biopoder: sociedades disciplinarias y sociedades de control	8
1.3 El Internamiento	11
1.4 Las Instituciones Totales y la estigmatización	14
1.5 Los Anormales	18
1.6 Prácticas materiales violentas en Clínicas de Rehabilitación para adicciones en Ecuador	20
1.6.1 Los Internos	21
1.6.2 El personal	23

CAPÍTULO II

LENGUAJES EN EL CAMPO DE LA SALUD, CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA VIOLENCIA

2.1 Lenguajes de la violencia en el campo de la salud, visiones macrosociales de las clínicas de rehabilitación en el ecuador	25
2.2 Conformaciones del lenguaje de la violencia	27
2.3 Violencia y prácticas discursivas en el campo de la salud	30
2.4 Violencia simbólica y las prácticas registradas en el campo de la salud	32
2.5 Salud mental	34
2.6 Entes rectores de las Clínicas de Rehabilitación en Ecuador	36
2.6.1 Clínicas de rehabilitación para adicciones en el Ecuador, y procesos de tratamiento	38
2.6.2 Clasificación de los centros de recuperación en Ecuador	40
2.6.3 Instalaciones, alimentación, higiene y seguridad de los centros de recuperación	41
2.6.4 Medidas Disciplinarias	41
2.7 Derechos de los pacientes	42
2.8 Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida	43

CAPITULO III

ETNOGRAFÍA

3.1 Estudio de caso: Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida	45
3.2 Espacio Físico	46
3.3 Descripción del personal y los internos, actividades programadas en la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida.	53
3.4 Proceso de tratamiento de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida	59

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Conclusiones	64
------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	68
--------------	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Imagen (Entrada a la Clínica Manantial de Vida)	47
Anexo 2 Imagen (Paredones de la Clínica Manantial de Vida)	47
Anexo 3 Imagen (Quebrada trasera a la Clínica Manantial de Vida).....	48
Anexo 4 Imagen (Clínica Manantial de Vida)	49
Anexo 5 Imagen (Plano de la planta Inferior de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida)	49
Anexo 6 Imagen (Sala de Terapia).....	51
Anexo 7 Imagen (Segundo Piso, habitaciones, parte administrativa)	52
Anexo 8 Imagen (Plano de la Planta Superior de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida)	53
Anexo 9 Imagen (Horario de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida)	54
Anexo 10 Imagen (Interno Golpeado)	59
Anexo 11 Imagen (Confrontación Anexo 2).....	62

Los lenguajes de la violencia en el campo de la salud: estudio de caso de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida.

Violent languages in the field of healthcare: Case Study at the Manantial de Vida Rehabilitation Clinic.

RESUMEN

El estudio de caso realizado en la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida, plantea conocer cuál es el papel de los lenguajes de la violencia en esta casa de salud.

Contiene una breve reseña sobre las clínicas de rehabilitación para adicciones en el Ecuador, lo que nos permite identificar los procesos de tratamiento en el campo de salud para los drogodependientes y la conformación de los lenguajes de la violencia reconociendo los espacios en los que opera y pormenorizando cómo funcionan. Como sustento teórico se incluyen conceptos de comunicación, lenguaje verbal, no verbal y prácticas semióticas del espacio, ya que los lenguajes son los sistemas de comunicación de toda expresión humana.

Está sustentado en las aproximaciones obtenidas a través de técnicas de investigación aplicadas como: la observación participativa, entrevistas a profundidad y fotografías in situ. De esto se concluyó que los internos son maltratados, severa y arbitrariamente a través de los lenguajes.

Incluye la etnografía para la comprensión del tema y constan: fotografías, entrevistas y planos de la Clínica.

PALABRAS CLAVES: LENGUAJE VERBAL/ LENGUAJE NO VERBAL/ VIOLENCIA/ CLÍNICAS DE REHABILITACIÓN/ DROGODEPENDENCIA /PRÁCTICAS SEMIÓTICAS

ABSTRACT

This case study, carried out at the Manantial de Vida Rehabilitation Clinic is aimed at determining the usage of violent forms of communication at this Institution.

It contains a brief history of the addiction rehabilitations clinics operating in Ecuador, which allows us to identify the treatment processes available for drug addicts within the field of healthcare, and provides an insight as to how violent communication is formed and how it functions. Concepts in communication, verbal and non verbal languages and semiotic space-practices were all used as theoretical support for this paper given that these are the main communication systems available each and every form of human expression.

The paper is substantiated on approximations obtained from applied research techniques such as: participative observations, in-depth interviews and in-situ photography. The paper concludes that the interns are severely and arbitrarily abused by means of violent communications.

Included are photographs, interviews and blueprints of the clinic, as well as the ethnography for a better understanding of the paper.

KEY WORDS: VERBAL LANGUAGE / NON VERBAL LANGUAGE/ VIOLENCE/ REHABILITATION CLINICS/ DRUG-DEPENDENCY/SEMIOTIC PRACTICE.

INTRODUCCIÓN

Michel Foucault, al analizar las sociedades de control, ubica su origen en las sociedades disciplinarias, que emergen en los siglos XVIII y XIX y tienen un auge representativo a inicios del siglo XX. La forma en la que estas sociedades operan es a través de centros de encierro para determinadas personas que supuestamente violan las reglas sociales de convivencia.

En esa línea de investigación este trabajo es un ejercicio etnográfico realizado durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2009, en la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida, ubicada en el Valle de los Chillos al sureste de la ciudad de Quito. El primer mes de investigación incluye jornadas completas de internamiento en el sitio; esta participación directa se pudo realizar por la amistad que existe con el director de la clínica de rehabilitación; este acuerdo nos permitió realizar una observación de campo continua de los internos y percibir de forma constante el ambiente en el que se desarrollan los internos drogodependientes de esta institución.

Durante nuestra estadía se pudo compartir cada una de las tareas, quehaceres y ocupaciones que realizan los internos, así como mirar de cerca las distintas funciones y roles del equipo de tratamiento.

Mi presencia dentro de la clínica de rehabilitación Manantial de Vida, en primera instancia fue netamente vivencial, pero luego se complementó con visitas frecuentes a la clínica los días lunes, jueves y sábados en horarios discrecionales, es decir, sin que se nos exija la salida del lugar. Por lo tanto, esta indagación incluye los procesos de tratamiento de los internos desde una observación detallada. Se pudo, además, realizar varias entrevistas abiertas y a profundidad, reconstruir historias de vida y construir un cuaderno de campo, que nos permitió tomar apuntes de varias de las intervenciones realizadas por los terapeutas vivenciales de esta institución. Además fue posible estar presente en dos de las terapias profesionales con el psicólogo de la clínica y también formar parte de las “terapias espirituales” que tenían los internos.

Toda la información obtenida en esta investigación de campo partió del planteamiento de una interrogante central: ¿cómo se construye el lenguaje de la violencia en el campo de la salud, en la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida?

Las personas se comunican a través del lenguaje verbal, y no verbal, así como desde prácticas semióticas del espacio. Es a través de estos mecanismos comunicacionales que se ha intentado

comprender como se construye el lenguaje de la violencia en el campo de la salud, y específicamente en esta institución de rehabilitación personal.

El lenguaje es el “lugar” a través del cual se sustenta la violencia, el ejercicio del poder y la reproducción de esquemas de arbitrario control en sitios como el investigado.

Otra arista que se desarrollará en este trabajo es la referida a la violencia simbólica, concepto acuñado por el sociólogo francés Pierre Bourdieu en los años 70, y que en materia de las ciencias sociales es utilizado para caracterizar las formas de violencia no ejercidas directamente mediante la fuerza física, sino a través de la imposición por parte de los sujetos dominantes a los sujetos dominados, los roles sociales de las categorías cognitivas y las estructuras mentales. La violencia simbólica alude a un tipo de violencia “dulce”, que no se da a notar, que es ejercida con el consenso y desde el desconocimiento de las personas a quienes está siendo dirigida o las experimenta, y que encubre relaciones de fuerza que están “debajo” de la relación en la que se configura, y que marcan desiguales relaciones de poder. Con esto no se quiere decir que se dejará de lado el análisis de la violencia física que es parte del lenguaje no verbal y que también se abordará en este trabajo.

Los “procesos de rehabilitación” se refieren a los mecanismos a través de los cuales se busca rehabilitar a los “adictos”. Estos implican un ejercicio del poder en el campo médico, que permite “*naturalizar*”¹ los mecanismos que han resultado en las clínicas de rehabilitación, y a su vez mantener su vigencia a futuro. Se debe tomar en cuenta que la demanda que existe sobre estos servicios, y las diversas organizaciones sociales de carácter público o privado que han diseñado en la práctica una gran cantidad de opciones terapéuticas para llevar a cabo el proceso de rehabilitación, son bastante grandes. Existen desde aquellas de menor complejidad (como una consejería de orientación ejercida por personas que tiene formación profesional), hasta la intervención de profesionales especializados en distintos procedimientos de alto nivel tecnológico y psicológico, como es el caso del Sistema Nacional de Tratamiento de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Pero los procesos de tratamiento que funcionan en la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida no se ajustan con los antes mencionados. Las prácticas aplicadas en este sitio no parten de diagnósticos apropiados para cada interno y no consideran las necesidades individuales de cada uno; la prioridad es netamente la reproducción violenta de acciones, dispositivos y mecanismos de poder, coerción y reproducción que aseguren la sobrevivencia en las Clínicas de Rehabilitación de personas drogodependientes.

¹ Naturalización: tomar como propios determinados comportamientos y valores es interiorizar las relaciones de poder convirtiéndolas en evidentes e incuestionables. "La violencia simbólica", Entrevista a Pierre Bourdieu. En la Enciclopedia Multimedia de Ciencias Filosóficas de la RAI.

Las Clínicas de Rehabilitación son sitios de “curación” que poseen un patrón reiterativo de gestión, que implica el internamiento de personas que poseen un elevado nivel de consumo de drogas, que les ha producido gran cantidad de disfunciones a nivel familiar y de su salud individual. La adicción implica a veces el peligro inminente para la vida del paciente. A estas clínicas se las podría definir como una “institución total”, concepto formulado por Erving Goffman para delimitar a una institución que comprende actividades vitales regulares, asilo del paciente, y la normalización de los individuos a través de ciertos mecanismos más o menos estandarizados.

Otro concepto que resulta útil para entender el problema aquí tratado es el de “Internamiento”. Tales individuos, durante toda su vida, están obligados a pasar por distintos internados o centros de encierro, en los que se usa diferentes lenguajes pero que atienden a uno de tipo “analógico”, es decir que usan moldes que constituyen formas de control de los internos. Estos centros de encierro se asimilan a micro-sociedades disciplinarias, es decir sociedades reguladas por medio de consignas, reguladas según la capacidad de resistencia, por el contrario la sumisión y un control se deciden en el curso de cada tentativa.

Todas estas interrogantes serán abordadas desde un sustento teórico, que acerca la investigación a la Teoría Crítica de la Escuela de Frankfurt porque ésta ofrece una cadena de teorías relacionadas directamente a la crítica de los problemas sociales, de manera que el pensamiento se libere de los límites marcados y exista una primacía de transformación práctica sobre lo teórico. *“La crítica a la razón, busca entonces aprehender estructuras y normas pero llevadas más allá de la conciencia individual, con una procedencia sociocultural”*²

La Escuela de Frankfurt cuestiona la imagen cartesiana de un sujeto racional autónomo enfrentado a un mundo de objetos que busca representar y mediante esa representación, dominar. Los sujetos son enteramente sociales y sus acciones y pensamientos tienen una marca determinante que son las situaciones y los intereses que estos tienen, es decir que no están regidos sólo por razones teóricas. Entre los campos que abarcaremos desde esta teoría estarán el poder, los lenguajes de la comunicación y la violencia simbólica.

Para Theodor Adorno y Marx Horkheimer, la razón ha funcionado como un mecanismo de dominación a través de los tiempos; el tener razón supone tener autoridad, por lo tanto el poder del conocimiento se encarga de servir a un sistema totalitario. Desde este concepto se entenderá la disputa por el poder como punto de partida para la construcción y legitimación del orden social a

² MCCARTHY, Thomas. Crítica a la razón impura. 152p. [en línea] [citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:filopoli-1993-2-60E1500C-85A8-9A09-0D59-6BBE535B94FB/critica_razon.pdf.

través de las acciones y las practicas que transforman a los individuos en sujetos dominantes y sujetos dominados.

Otro eje que trataremos en este trabajo es el de los lenguajes de la comunicación, y los patrones que se utilizan. Dentro del reino animal el ser humano es el que ha desarrollado las formas más elaboradas de comunicación, transmitiendo permanentemente mensajes a través de los diferentes lenguajes, verbal, no verbal o la semiótica de los espacios. Es entonces, a través de estos sistemas autónomos de comunicación del ser humano, que podremos conocer cuál es el papel del lenguaje en la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida.

Por último, se definirá a la violencia simbólica como una forma especial de poder e intimidación en la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida, mediante el uso del lenguaje. Pormenorizando cual es el funcionamiento de los lenguajes de la violencia en el campo de la salud, a través de los dispositivos y mecanismos de intimidación utilizados en esta institución, y la forma en la que las experiencias vividas al interior de estas instituciones modela al ser humano, a través de las relaciones de poder, el disciplinamiento, la normalización, la naturalización, la dominación y el sometimiento.

A partir de este andamiaje conceptual que intentaré explicar cómo se construye y ejercita el lenguaje de la violencia en el campo de la salud a través de los lenguajes, el uso del espacio y el discurso

Culminó este trabajo con la descripción detallada de la etnografía realizada, y un intento de explicación de los diferentes episodios sucedidos en la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida, que permite observar el trasfondo de los lenguajes de la violencia ejercida en esta institución desde la participación activa de la investigadora.

JUSTIFICACIÓN

Una de las razones por la que decidí escoger como tema de análisis los lenguajes de la violencia en el campo de la salud, es porque dentro de las clínicas de rehabilitación se usa diversos lenguajes como dispositivos de poder y mecanismos de dominación, que permiten controlar y someter a los internos. Considero que estas instituciones se apoyan netamente en el lenguaje para llevar a cabo el proceso de rehabilitación de drogodependientes.

A través del lenguaje se formalizan los mecanismos utilizados en el proceso de tratamiento, como es el caso de la violencia. Conocer la forma como se construyen estas prácticas discursivas y simbólicas, es básico para poder referirnos a la violencia en el campo de la salud y por ende en esta institución.

Los adictos desconocen del proceso de rehabilitación al que son sometidos durante el internamiento, por lo tanto no se dan cuenta de la construcción de las prácticas discursivas y simbólicas que lleva a cabo el personal que buscan únicamente la configuración de sus mentes para dar sentido a las acciones que ellos realizan.

Entonces podría decirse que el sometimiento de los internos es inducido a través de distintos medios como el lenguaje verbal, no verbal, la semiótica del espacio y varias formas simbólicas, las cuales terminan por adoptar los internos como parte del mundo social que llegan a establecer dentro de las clínicas de rehabilitación. El internamiento de los adictos se produce por un deterioro físico, mental y emocional del individuo que afecta a todas las áreas de su vida e incluso llega a causar trastornos en la familia.

Algunos de los adictos que son internados, por lo general, pasan por una serie de tratamientos ambulatorios con psicólogos pero cuando la adicción ha llegado a su parte crítica estas entrevistas no sirven de nada, ya que la adicción física es incontenible y el adicto necesariamente necesita pasar por un proceso de desintoxicación que conlleva el internamiento.

El problema que buscamos desentrañar en este trabajo no es la adicción en sí, la problemática verdadera que es la construcción de un sin número de prácticas discursivas y simbólicas para someter y normalizar a los adictos durante el proceso de rehabilitación, que logran inducir los comportamientos de los internos a la sumisión, dominación y reproducción.

Tengo claro que son varias las denuncias que recepta el Ministerio de Salud Pública y la Fiscalía del Ecuador con respecto a las irregularidades que se cometen en las Clínicas de Rehabilitación, pero son pocos los adictos que se atreven a contar la verdad de los internamientos por la falta de credibilidad de la que gozan ante su entorno social, por ende las denuncias se quedan arrinconadas y la problemática continúa cada vez siendo más persistente. En ciertos casos también las familias son amedrentadas por el personal de las clínicas a través de los contratos firmados que en muchas de las ocasiones no tienen confirmado el tiempo de duración del internamiento, lo que facilita a los dueños y personal de las clínicas la estancia de los adictos en estos lugares.

Muchos de los adictos que hoy están en recuperación ven como normal a la violencia y al maltrato, creen que cualquier tipo de vejación es aceptable y es el precio que deben pagar para alcanzar una vida de abstinencia. El ser agredido verbal y físicamente por parte del personal de la institución para los adictos termina siendo normal porque han sido normalizados a través de los lenguajes.

Entonces, al realizar esta investigación busqué identificar cuáles son los lenguajes de la violencia que se utilizan en la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida durante el internamiento en la institución y a la vez definir cómo estos procedimientos se instituyen, se reproducen y se promocionan. Así se hizo una aproximación hacia la realidad social que atraviesan los adictos durante los procesos de tratamiento en las clínicas de rehabilitación, para así tratar de dar soluciones devenidas no solo de esta investigación en particular, sino desde los organismos estatales como el Ministerio de Salud Pública y el Estado.

CAPÍTULO I

SUSTENTO TEÓRICO

1.1 El Poder y el sujeto

Las sociedades occidentales han construido sus discursos de verdad por medio del ejercicio del poder, a través de prácticas, que inciden en lo que somos, que constituyen coyunturas y que atraviesan el cuerpo social. Esto lo describe Michel Foucault en su texto *“El Sujeto y el poder”*³. Entonces, el poder debe ser estudiado por la implicación que tiene en el sujeto, y por los modos en que los seres humanos son constituidos, dentro de las relaciones de producción y significación.

El poder se ejercita a través de modelos institucionales y es por su intermedio que ubicamos el tipo de realidad con la que interactuamos. El poder se vale de ideas y mecanismos ya presentes, pero lo más importante son los problemas específicos originales que se conectan entre ellos, es decir, cuando un ser humano se subordina a otro por medio de la relación de fuerzas en una situación estratégica, dentro de una lucha de poder, en sí.

Desde el poder se imponen representaciones y mecanismos de sujeción, poniendo en juego las relaciones de los individuos, los relacionamientos comunicacionales y un sistema de signos o sistema simbólico, porque comunicar es siempre una forma de actuar sobre otra persona o personas. Entonces, el ejercicio del poder no es solamente una relación entre partes individuales o colectivas, sino una fuerza que provoca que ciertas acciones modifiquen a otras.

Podemos decir entonces que el poder existe solo cuando existe acción. El poder no es un consenso sino que está definido por las relaciones de poder, y de un modo en el cual no actúa directa o inmediatamente sobre los otros, pero sí sobre sus acciones.

³ FOUCAULT, Michel. El sujeto y el poder en Humbert L.Dreyfus. [en línea] [citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/80934680/Resumen-Michel-Foucault-2001-El-sujeto-y-el-poder>

El ejercicio del poder consiste en guiar las posibilidades de la conducta de las personas y grupos sociales, y disponerlas con un propósito de obtener posibles resultados. Por lo tanto, estas relaciones pueden ser analizadas enfocando instituciones particulares que es lo que se ha pretendido hacer en la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida.

1.2 Biopoder: sociedades disciplinarias y sociedades de control

El biopoder es la práctica que usan los estados modernos para someter y controlar a los cuerpos. Michel Foucault fue el primero en acuñar este término en "*La Historia de la Sexualidad*"⁴, se refiere al cuerpo como origen del poder, y lo vincula con la violencia, la sexualidad, la locura, la prisión, el saber, y el control social.

Foucault demuestra cómo el cuerpo ha sido insertado en una red de relaciones de poder y de dominación, y a la vez cómo éste ha sido castigado y torturado a lo largo de la historia por una cantidad de procedimientos que lo han sometido a minuciosos dispositivos, prácticas y disciplinas que lo cercan, lo marcan y le imponen signos. Estos instrumentos de control buscan escrutar los comportamientos y el cuerpo para producir "cuerpos dóciles".

El biopoder usa la disciplina, la vigilancia y el control para controlar al cuerpo social, sometiendo a la sociedad a un orden disciplinario que emplea técnicas y procedimientos para formar a los individuos. Esta formación se origina desde el hogar, el colegio y el trabajo que son los lugares donde se puede vigilar, hacer un seguimiento y evaluar cualquier movimiento.

La construcción del cuerpo por medio del disciplinamiento y sus manifestaciones como la vigilancia, el control y la corrección, son herramientas que no han perdido vigencia y se continúan empleando, enajenando así la conducta ante la sociedad.

Las relaciones de poder en las que el cuerpo está sumergido operan sobre él, creándolo, marcándolo y dominándolo; obligándolo actuar dentro de éstas. El cuerpo entonces, está "sujeto" a una sociedad que lo ha cercado, que no le permite su movilización libre sino que ha organizado el área, y ha trazado diferentes tipos de divisiones para así poder tener el control sobre él, para de esta

⁴ FOUCAULT, Michel. *La historia de la Sexualidad: volumen I. La voluntad del saber*. México: Siglo XXI, pp 170

manera conservarlo siempre localizado y vigilado y así poder mantener a la estructura de poder con una norma de rendimiento ya trazada desde el inicio.

Entonces, se puede decir que en nuestras sociedades el cuerpo es manipulado desde la infancia, cuando nos dan un nombre, una creencia, una educación, se le imponen normas y reglas que acatar, en sí que el cuerpo opere con disciplina, para esto están las instituciones.

El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone. Una "anatomía política", que es igualmente una "mecánica del poder" está naciendo; define cómo se puede hacer presa en el cuerpo de los demás, no simplemente para que ellos hagan lo que se desea, sino para que operen como quiere, con las técnicas, según la rapidez y la eficacia que se determina. La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos dóciles.⁵

Parte fundamental de la mecánica del poder consiste en el acto de castigar cuando algún ser humano viola la ley. En un principio el castigo se realizaba con una fuerte agresión física sobre el cuerpo del infractor con el objetivo de generar escarmiento pero además para demostrar que existía un poder más fuerte que podía castigar. Con el desarrollo de la modernidad esta modalidad fue cambiando y el castigo sobre el cuerpo se hizo menos directo, pero lo mejoraron y tecnificaron a través de nuevos medios de castigo, al mismo tiempo que se universalizó. Y es bajo esta premisa que las torturas y las penas dan vía libre a la aparición de las prisiones, la observación o vigilancia y las disciplinas. Estos nuevos mecanismos buscan básicamente la perpetuación del poder; poder para castigar a aquellos que no acatan la norma establecida, con la diferencia qué hora se hace de forma más sutil y consiguiendo la aceptación de la sociedad que legitima el poder de castigar.

La prisión es uno de los sitios de castigo creados con el consentimiento de la sociedad y en el cual la disciplina actúa como medio de “encauzar” a quien se ha desviado de la norma. En estos sitios se ejerce drásticos sistemas de castigo, control y sometimiento, los cuales se aplican sobre el cuerpo formándolo en todo el proceso de crecimiento, moldeándolo hasta tal punto que se ve obligado a realizar diferentes tipos de actividades cotidianas, que contribuyen con su formación.

⁵ FOUCAULT, Michel. Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. México: Siglo XXI, pp 90

A estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad, es a lo que se puede llamar disciplinas [...] La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos económicos de utilidad) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos políticos de obediencia). En una palabra: disocia el poder del cuerpo; de una parte, hace de este poder una "aptitud", una "capacidad" que trata de aumentar, y cambia por otra parte la energía, la potencia que de ello podría resultar, y la convierte en una relación de sujeción estricta.⁶

Podríamos decir, que un ser humano disciplinado es aquel que posee un cuerpo útil y dócil, es un hombre que ha cedido su capacidad de poder a la voluntad de otro. La disciplina busca obtener cuerpos dóciles, fáciles de conducir y fáciles de dejarse enseñar.

Por lo tanto, tales instituciones pueden ser vistas, en términos de Michel Foucault, como parte fundamental de las sociedades disciplinarias; es decir, son espacios creados para aplicar un tipo de pena, con tácticas y estrategias para la observación de los individuos, pero sobre todo para disciplinarlos.

Además, si el sujeto manifiesta sus propias ideas será etiquetado y enajenado de sus derechos, el sujeto puede estar cercado o encerrado ya sea en una prisión material o simbólica, es decir puede ir a una cárcel o a un hospital psiquiátrico, o simplemente será aislado y censurado por una sociedad que lo seguirá observando en el encierro.

Para terminar, la disciplina es considerada como un tipo de poder que se practica sobre los cuerpos formándolos desde técnicas rigurosas de vigilancia, sanción y por medio del examen o el castigo las cuales son aplicadas desde distintas instituciones. Esto implica todo un conjunto de discursos donde a la persona se le enseña qué debe pensar y cómo debe actuar, de esta forma se está controlando y seleccionando individuos, con el objetivo de conjurar poderes. En fin, la disciplina es empleada como un tipo de poder para guiar a los cuerpos, inculcándoles una manera de actuar ante diversas situaciones, siendo así que el niño recibe influencias de todo lo que le rodea (televisión, radio etc.), tanto positivo como negativo, conocimiento que posteriormente se refleja en sus relaciones personales, laborales y sociales. En el proceso de formación el sujeto adquiere autonomía, poder y un saber, el que emplea para interrelacionarse con la sociedad.

⁶ FOUCAULT, Michel. Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. México: Siglo XXI, pp 94

En “*Vigilar y Castigar*”⁷ Michel Foucault señala cómo a partir de los mecanismos de poder se produce un paso histórico decisivo de las formas sociales: de la sociedad disciplinaria a la sociedad de control. La sociedad disciplinaria es aquella en la que el dominio social se construye a través de una red de dispositivos, mecanismos y aparatos que reproducen y registran costumbres, hábitos y prácticas productivas. Es decir, el poner a trabajar a la sociedad asegura su obediencia al poder.

Por otro lado las sociedades de control aparecen como un sistema que opera sobre mecanismos de dominio que son más “democráticos” y más unidos al campo social, más difusos en el cerebro y el cuerpo de los ciudadanos. Los comportamientos de integración y de exclusión social que son propios del poder cada vez son más interiorizados en los sujetos, por ende “*El poder se ejerce ahora a través de máquinas que organizan directamente los cerebros (por sistemas de comunicación), y por los cuerpos (por sistemas de ventajas sociales, o de actividades encuadradas) hacia un estado de alienación automática*”.⁸

Entonces, la sociedad de control podría así ser caracterizada por una intensificación y una generalización de los aparatos normalizantes de la disciplinariedad que animan interiormente nuestras prácticas comunes y cotidianas; pero que al contrario de la disciplina este control se extiende mucho más allá de las estructuras de las instituciones sociales, por la vía de redes flexibles, modulantes y fluctuantes.

1.3 El Internamiento

A través de “*Historia de la Locura en la Época Clásica*”⁹ Michel Foucault desarrolla el tema del internamiento en los denominados “asilos”. Este hecho marco un hito importante en la psiquiatría porque permite observar a la locura como tal, es decir, una “enfermedad mental” además de permitir comprender la construcción de nuevos objetos de análisis, lo que continúan teniendo valor en la actualidad.

⁷ FOUCAULT, Michel. *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI, pp 95

⁸ Ibid., pp 97

⁹ FOUCAULT, Michel. *Historia de la Locura en la Época Clásica: Tomo II*. México: Fondo de Cultura Económica, pp 430

Para Michel Foucault el saber y la práctica psiquiátrica son cómplices y solidarios de la exclusión de la locura. Durante el desarrollo del tema del internamiento, Foucault conceptualiza a la locura como un encierro indiscriminado, que aumentó el crecimiento de la población de internados porque reunía a los locos, a los pobres y a otros “desviados”. El asilo somete entonces, a ciertos individuos, generalmente pertenecientes a la clase baja de la sociedad: pobres, indigentes, libertinos, lisiados y dementes.

Michel Foucault muestra al internamiento clásico como la época en la que se observa una división definida entre la razón y la sin razón, con un punto de equilibrio. Una historia de las ideas, una historia de las instituciones como así también una historia de las prácticas.

El internamiento implica diversas experiencias y prácticas:

- a) Encierro colectivo, evoca a un encierro indiscriminado y para un problema social grave que era la locura, la cual no podía seguir en situación de coexistencia con otros problemas sociales, por lo tanto debía ser apartada de ellos.
- b) Legitimación de juicios: en esta fase se articula un marco legal dentro del cual nadie podría ser castigado sino era juzgado antes. Entonces, se produce una reglamentación para la demencia. Es aquí donde se empieza a marcar las reglas de cada establecimiento dentro del internamiento. Y se da también un cambio de concepción, en donde al “loco” se le debe dar un internamiento especial y diferente especialmente de aquel que se aplica al condenado.
- c) Incertidumbre, retroceso y vacilación: surge cuando el asilo aún no está constituido por diversas dificultades; los locos quedan al cuidado de sus familias, que se hacen responsables por ellos; pero también se configuran bajo la custodia de las autoridades municipales, que disponen del poder de tomar las medidas pertinentes para intervenir y llevar a cabo su “recuperación”.

La sociedad clásica da un giro luego del cambio monárquico, creándose la ley del juicio previo. Aunque el encierro aun continúa ahora es limitado, ya que las razones del orden moral tienden también a limitarse.

Foucault analiza las transformaciones que va produciendo la “razón médica” confiriendo una nueva lógica, que es la de constituir el espacio de encierro anterior como un nuevo espacio médico.

David Cooper en “*Psiquiatría y Antipsiquiatría*”¹⁰ cuestiona drásticamente al terreno médico y sobre todo a la psiquiatría en el terreno de la esquizofrenia, indagando el peso de los rótulos en los denominados locos o anormales, proponiendo así la invalidación social que es el ajuste del ser humano a la identidad pasiva, por ende cualquier afirmación o experiencia del anormal “rotulado”, es inválido según las reglas de juego.

Michel Foucault plantea tres estructuras determinantes: la primera estructura es la conformación del espacio de encierro conjuntamente con el espacio médico. En este nuevo espacio de reunión, surge la idea de que, dentro de la institución de razón médica, se debe curar al loco y la institución misma es la encargada. Por lo tanto, toda institución debe ser organizada y planteada en términos de cumplir con ciertos fines terapéuticos, constituidos bajo un espacio de orden. Esta estructura delimita el nuevo espacio asilar y principalmente sus funciones terapéuticas.

De esta forma, el internamiento se caracteriza por ser al mismo tiempo un espacio de verdad y un espacio de coacción. Y es en este nuevo espacio que ocupa ahora la locura, que se posibilita la medicina como una práctica con un valor terapéutico.

La segunda estructura se caracteriza por una nueva relación de saber, de conocimiento sobre el loco, y sobre la locura misma. Algo destacable del interior de esta estructura es la relación médico – “loco”, donde surge como un rasgo fundamental la dimensión y la función de la mirada, de la observación y de la vigilancia. La liberación de las cadenas del loco se lleva a cabo gracias a como empieza a intervenir el poder de la palabra. Es decir, se reemplaza la coacción brutal de las cadenas por las palabras y cómo se va configurando un espacio de observación desde el saber de la autoridad médica.

Dentro del internamiento, la figura del médico es una figura de poder, de autoridad; por lo tanto, también el médico debe reemplazar a la familia ausente, el médico es para el loco, una familia sustituta, por el médico también pasa a ocupar el lugar de “padre sustituto.” Se produce, de este modo, una idea de configuración de un espacio de aislamiento en conjunto con una idea de familia.

La tercera y última estructura relaciona a la locura y la sociedad. Aquí Foucault plantea la relación entre la locura y crimen, y es a partir de este punto cuando los dispositivos jurídicos y penales, comienzan a avalar el papel diferente de la locura, con temas relacionados a la responsabilidad como así también a la imputabilidad. Esta estructura aparece fuera del asilo.

¹⁰ COOPER, David. *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos Aires: Tavistock Publications, pp 62

Para concluir, se podría decir que el asilo se disfraza bajo la forma de “caridad” lo que no es más que un triunfo moral sobre la debilidad humana. Cuando la razón dominadora no logra controlar una situación, inventa nuevos rostros de esclavitud pero los justifica moralmente para sanear su culpabilidad.

1.4 Las Instituciones Totales y la estigmatización

Erving Goffman define a la “institución total” como: *“Un lugar de residencia o trabajo, donde gran número de individuos en igual situación, asilados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparte en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”*.¹¹

Para poder referirme a las instituciones totales y a la vida que los internos llevan adentro debo explicar que estos lugares de encierro son totalmente displacenteros. Es falsa la idea de que son espacios de rehabilitación social.

A lo largo de la historia se concretó la modalidad de las normas, y a partir de este momento surgen los esquemas disciplinarios, de control y de normalización; que en la práctica lo único que buscan es excluir y disciplinar a los anormales, por supuesto con algunas excepciones.

Aunque hay una gama muy variada de “instituciones totales”, Erving Goffman las clasifica según los fines a los que obedecen en nuestra sociedad de la siguiente manera:

- a) para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas (geriátricos, orfanatos)
- b) para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad (psiquiátricos)
- c) para proteger a la comunidad contra quienes constituyen un peligro intencionalmente para ella, no se propone como finalidad inmediata el bienestar de los reclusos (cárceles)
- d) para el cumplimiento de una tarea de carácter laboral (cuarteles, barcos)

¹¹ GOFFMAN, Erving. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrout, pp 13

- e) para refugiarse del mundo, aunque con frecuencia sirven para la formación de religiosos (“*conventos, monasterios*”).¹²

Podríamos decir que las instituciones totales presentan características similares en cuanto al funcionamiento y a los procesos, aunque algunas cosas no son iguales para todos estos establecimientos. Erving Goffman destaca que la institución total usa el mecanismo del encierro para curar o rehabilitar según su función explícita, pero el objetivo principal detrás de esto es proteger a la comunidad de estas personas, segregándolos o encerrándolos.

La institución conforma grupos de supervisión que no siempre cumplen la función de inspeccionar sino más bien de vigilar y hacer cumplir las órdenes encomendadas; por tanto, cualquier infracción será notada enseguida. En las instituciones totales existen dos grupos bien definidos: el personal y los internos. La movilidad social es escasa y la distancia social es determinada y claramente prescrita.

A su llegada los pacientes deben cumplir una serie de tareas programadas durante su jornada diaria, en el mismo sitio y con un gran número de personas, para Erving Goffman:

Todas estas prácticas buscan mantener los estereotipos antagónicos existentes en la institución, y a la vez formar dos mundos sociales claramente observables que tienen puntos de cercanía y penetración mutua. También asegura que en las instituciones exista un tipo de esclavitud, ya que el horario del interno está sujeto a la conveniencia del personal, el sentido del yo y de posesión del interno puede llegar a alienar la capacidad de los internos para realizar las cosas.¹³

Michel Foucault se refiere a varios mecanismos de control; considera que la institución se convierte en el lugar perfecto para observar y vigilar, donde la visibilidad obligatoria se impone a aquellos a quienes somete manteniéndolos en el espacio que domina, manifestando su poderío y acondicionando objetos. Foucault se refiere también a la exclusión y la dominación para definir los dispositivos de sometimiento de las instituciones totales. Uno de estos es el panóptico, que es un lugar de encierro que cumple la función de “*inducir en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder*”¹⁴. Este sitio pretende lograr la vigilancia total, incluso si no hay alguien presente rondando el sitio. La forma

¹² GOFFMAN, Erving. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu, pp 18 .

¹³ Ibid., pp 24.

¹⁴ FOUCAULT, Michel. Vigilar y castigar (nacimiento de la prisión). Buenos Aires: Siglo XXI, pp 100.

arquitectónica permite sostener la relación de poder independiente del individuo que la ejerce y permite también definir las relaciones de poder en la vida cotidiana haciéndolas funcionar. Podríamos decir que el alienado al que se refiere Michel Foucault no es sólo el enfermo, sino cualquier persona que deba ser internada: el loco es el símbolo del poder que interna.

El encierro por esencia alienante y lejos de curar la enfermedad lo que hace es muchas veces volverle crónica; porque el paciente se ve poco a poco en un proceso entendido de progresiva pérdida de la autonomía y sostén social en el desempeño de los diferentes roles y en la expresión de las potencialidades. Es decir, las instituciones totales violentan a los pacientes y la red de funcionamiento que poseen empeora sus prácticas creando en el interior más miseria, humillaciones, exclusión, por lo que el desarrollo de los internos se radicaliza en un medio hostil que reprime, domina y somete injustamente a los detenidos.

La “normalización” y el “disciplinamiento” son otros dos tipos de mecanismos que se practican en las instituciones totales y que definitivamente se suman a los mecanismos de encierro y exclusión. Alrededor de la internalización de las normas lo que se busca es ocultar los deseos y fabricar cuerpos dóciles. En la clínica de rehabilitación se cumple con el objetivo o la finalidad de rehabilitar drogadictos, *“de encausarlos, encaminarlos, es decir, el sitio está destinado a enfermos de la conducta, en otras palabras a personas con una conducta anormal.”*¹⁵

En nuestra sociedad la delincuencia y las enfermedades mentales se encuentran asociadas bajo el signo de la anormalidad, el desorden y el peligro social parece evidente que la locura es desorden y está se inscribe solamente en las redes de lo penal y salud, respectivamente. Los comportamientos considerados anormales se definen: *“como una contracara de las respuestas esperadas a las condiciones que se establecen como normales”*.¹⁶

Ante esto, la normalización aparece como medio para componer al anormal. Sin obligar ni incapacitar; sino definiendo los términos del orden y del desorden, incitando la producción de actos, gestos y lenguajes según un parámetro de normalidad.

¹⁵ PEREZ GAMBIN. C. La psicología Uruguay hasta 1950. Arena, pp 89.

¹⁶ HORKHEIMER, Max, ADORNO Theodor. Dialéctica de la Ilustración: fragmentos filosóficos. Madrid: Trotta, pp 81

Por lo tanto, la normalización conlleva deberes y prohibiciones dictadas desde el poder que permite reproducir sus condiciones de dominación, como forma de control creando las condiciones de vigilancia para imponer la docilidad de los sujetos. Opera según ordenamientos, normas y estándares que apuntan a una tecnología social.

Erving Goffman, afirma en su libro *Estigma*, que dentro de todas las sociedades se han establecido ciertos parámetros para categorizar a las personas cuando observamos sus características, atributos y medios; es posible que su apariencia nos permita asumir una categoría, pero en sí, esta está establecida por el medio social.

Esta idea que hemos atribuido al individuo por su apariencia es la denominada identidad social virtual, porque no sabemos a ciencia cierta si los atributos realmente pertenecen al individuo, pero en el caso de ser comprobables pasa a ser la denominada identidad social real.

A partir de esto, podemos decir también que existe un tipo de individuos que pueden poseer otros atributos que lo hacen de cierta manera diferente al grupo al que tiene acceso, y que por lo tanto es valorado o reducido, es decir ya no es reconocido como una persona total. Y es este atributo que minimiza a una persona el denominado estigma que es una discordancia entre la identidad social virtual y la real.

Erving Goffman esquematizó tres tipos de estigmas:

- a) Las abominaciones de cuerpo que es cuando la persona posee un atributo que se impone por fuerza a nuestra atención y que provoca que nos alejemos de él, limitando sus posibilidades de vida. Este sujeto muchas veces busca a toda costa corregir la deficiencia que posee.
- b) Los defectos de carácter del individuo, aquí encontramos a los drogodependientes que son personas estigmatizadas por el consumo de una sustancia y por las manifestaciones de conducta que posee. Estas personas son aisladas por la sociedad por lo que pasan a ser individuos desacreditados en un mundo que no los quiere ni los acepta.

- c) Los estigmas triviales de la raza, nación o religión, estos estigmas son susceptibles de ser transmitidos por herencia y pueden contaminar a todos los miembros de una familia.

Con todo lo mencionado podemos comprender que las personas estigmatizadas hacen grandes esfuerzos para corregir u ocultar su incapacidad, también que muchas veces a estas personas les cuesta relacionarse o que en muchas ocasiones desean ser tratados con normalidad pero el estigma que poseen los desacredita totalmente como es el caso de los drogodependientes.

Un aspecto importante que llama la atención es que los estigmatizados pretenden ocultar con más celo su discapacidad o estigma con sus familiares para no hacerles daño o protegerlos, pero esta actitud los sumerge continuamente en un enorme nivel de ansiedad.

El individuo estigmatizado presenta una tendencia a estratificar a sus pares según el grado en que sus estigmas se manifiestan y se imponen. Puede entonces adoptar con aquellos cuyo estigma es más visible que el suyo las mismas actitudes que los normales asumen con él.

Otra parte interesante es que el estigmatizado mantenga o no una estrecha alianza con sus iguales, puede revelar una ambivalencia de la identidad cuando se ve de cerca de los suyos comportarse de manera estereotipada, poner de manifiesto en forma extravagante o lastimosa los atributos negativos que se le imputan. Es decir, las personas que sufren de un estigma sufren más por la discriminación de que son víctima, que de la dolencia o estigma que padecen.

1.5 Los Anormales

Para Michel Foucault, el origen de los anormales es múltiple y lo analiza a través de tres personajes. El primer personaje al que Michel Foucault asocia al “anormal” es al *monstruo*, esta es una persona que poseía las características de un animal su sola existencia desafía las leyes naturales y provoca trastornos jurídicos, con el pasar del tiempo y las épocas los “monstruos” abarcarían también a los siameses y a los hermafroditas. El segundo personaje surge en cambio del individuo a corregir; éste que es fruto de las normas, de las técnicas de la disciplina y de las prácticas de domesticación del cuerpo desarrollado en las instituciones que aunque se resiste no hace nada ilegal.¹⁷

¹⁷ FOUCAULT, Michel. Los Anormales. Madrid: Akal, pp 300.

El último personaje se denomina *onanista*, y resulta de una larga campaña de terror contra la sexualidad que emprendieron los médicos hacia las familias ricas, atribuyendo a la masturbación una gran cantidad de enfermedades, por lo tanto, los ricos deben estar más al tanto de sus hijos y no dejarlos encargados con niñeras o institutrices; es decir, los padres deberán ser los únicos responsables de su educación y cuidado, con supervisión de los médicos.

De este modo, *“la cruzada contra la masturbación traduce el ordenamiento de la familia restringida (padres/hijos) como un nuevo aparato de saber-poder”*¹⁸

Para Michael Foucault, es a partir de estos tres sujetos que surge el anormal, *“ese personaje incapaz de asimilarse, que ama el desorden y comete actos que pueden llegar hasta el crimen”*¹⁹

Paralelamente a esto la rama de la psiquiatría asume como propia la tarea de defender a la sociedad de estos seres que con su sola existencia la amenazan. El médico se transforma en juez, en un experto que debe pronunciarse acerca de la peligrosidad de determinado sujeto, y por tanto que deberá prever el comportamiento del anormal en el futuro. *“Es de esta forma que el oficio de castigar se convierte en el hermoso oficio de curar”*.²⁰

Para llegar a su internamiento los anormales necesariamente deben haber cometido algún tipo de delito; por lo tanto, serán reprimidos y confinados ya que la sociedad no quiere compartir las mismas condiciones ni derechos al lado de ellos. Estos rasgos y conductas anormales son las que deben ser normalizadas en la institución.

A partir de esto podemos decir que los anormales no surgen al azar ni como un lugar de visibilización donde se plasman un conjunto de instituciones de control o toda una serie de mecanismos de vigilancia y distribución. Se trata de una pura funcionalidad social que no se identifica con los contenidos que representa. Para Michel Foucault la locura, la clínica o el encierro tienen una lengua propia y surgen como provocación hacia los anormales. Con esto se puede comprender claramente como en las instituciones totales ciertas prácticas son aceptables por la fuerte relación que existe entre el poder, la violencia, el derecho y la justicia, que implica el uso de la violencia para conseguir un fin.

¹⁸ FOUCAULT, Michel. Los Anormales. Madrid: Akal, pp 305

¹⁹ Ibid., pp 309

²⁰ Ibid., pp 315

Con esta aproximación considero importante caracterizar a los dos grupos sociales inmersos en las instituciones totales y que se ven internados, en la clínica de rehabilitación “Manantial de Vida”: los internos y el personal

1.6 Prácticas materiales violentas en Clínicas de Rehabilitación para adicciones en Ecuador

En nuestro país se han registrado los últimos años más y más denuncias de violencia durante los procesos de tratamiento en las clínicas de rehabilitación. Actualmente *“el Ministerio de Salud registra un 70.24% de irregularidades en estas instituciones”*.²¹ Han sido los medios de comunicación los que han informado a la comunidad en general sobre estos delitos. Las agresiones recibidas por los internos de estos sitios son graves: golpes, puñetes, insultos, violaciones, coerción física por medio de las esposas o los grilletes, y psicológica a través de los discursos son algunas de ellas.

Pierre Bourdieu ha planteado que existe un mantenimiento de la violencia, que se deriva de las relaciones de poder y de la reproducción de esta en las instituciones. La violencia en estos sitios se suscita en muchos casos de manera invisible, como la violencia simbólica que es ejercida por las decisiones adoptadas en los espacios de conducción y a través de los encargados de cumplir esta finalidad, en el caso de las instituciones totales a partir del personal. Más allá de la conciencia y la percepción que se genera a partir de la violencia simbólica algunos internos experimentan procesos destructivos y autodestructivos como: intentos de suicidio, escapes, y episodios de violencia entre los propios internos.

Este es el caso de: “Wilmer Larrea Torres de 21 años quien ingresó al centro Camino a la libertad, en la ciudad de Guayaquil, sus familiares pensaron que era el inicio de una nueva vida para él. Las ilusiones de ver a Wilmer rehabilitado quedaron truncadas por la fatal decisión que el joven tomó la mañana de ayer. Larrea Torres fue hallado sin vida dentro de su cuarto, colgado de una viga. Al parecer, el suicida aprovecharía que los demás pacientes veían televisión en la planta baja del edificio para ahorcarse. Agentes de Criminalística llegaron al sitio para inspeccionar la escena y recopilar todo tipo de indicios que aporten a la investigación. Minutos más tarde se dio la autorización para que se realizara el levantamiento del cadáver. El fiscal de turno, Johnny Guzmán, ordenó además que los dos compañeros de habitación de la víctima fueran a la Policía Judicial para rendir sus versiones de los hechos. Internos manifestaron a miembros de la Fiscalía que “Wilmer se suicidó porque lo golpearon”.

²¹ EL UNIVERSO. [en línea][citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.eluniverso.com/2012/02/19/1/1422/irregularidades-7024-clinicas-rehabilitacion-pais.html>.

Guzmán expresó que se investigará a fondo el caso para descartar o confirmar las diferentes hipótesis que giran en torno a la muerte de Larrea Torres. (BHP)²²

Como este caso nos muestra, el exceso de control y violencia durante el internamiento en las clínicas de rehabilitación, obliga a los internos a tomar medidas sumamente drásticas, terminando muchas veces hasta con sus propias vidas. Por otra parte, hay que entender que las prácticas materiales que realiza el personal en la institución configuran perturbaciones y a la vez formas patológicas de reproducción simbólica que no son otra cosa que el resultado de la coerción durante el proceso de internamiento, logrando continuar reproduciendo todas las prácticas en estos sitios. Es tanto el afán de los terapistas porque los internos se ubiquen rápidamente dentro de las normas que se manejan en dichas instituciones que terminan obligando a los adictos a formar parte de los procesos sin un tiempo prudencial de adaptación lo que trastorna de cierta manera las ideas, pensamientos y razonamientos que tienen los adictos sobre los procesos de rehabilitación, limitando drásticamente sus formas de pensamiento, creencias y derechos.

El papel del interno en la clínica es de quien ha perdido completamente el respeto por su propia vida y la de los demás, por lo tanto no merece el mínimo de respeto, compasión o actividad por parte del personal de estos establecimientos. Para el personal el interno es un número más, un despojo de la sociedad, una persona que por ser adicto no vale; actitud que es reprochada por parte de los internos. Todos los adictos cuando entran a la clínica y a medida que su internamiento progresa tienen claro lo que han sufrido, pero en este sitio deberán sufrir un poco más para alcanzar la rehabilitación. Por esta razón, la violencia genera diversas perturbaciones y cambios drásticos en la conducta, derivadas por la inducción de las acciones efectuadas a través de las relaciones de poder y las prácticas materiales

1.6.1 Los Internos

El ingreso del paciente a la clínica puede ocurrir de dos formas: voluntaria e involuntariamente. Este proceso genera, desde ese momento, una desintegración de la personalidad del interno ya que de la noche a la mañana este individuo que poseía un estatus social determinado observa que pierde todos sus anteriores roles por lo que entra en un proceso de pérdida de la identidad y por ende de

²² EL EXTRA. [en línea][citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.extra.ec/ediciones/2011/02/23/cronica/se-ahorco-dentro-de-centro-de-rehabilitacion/>

independencia; todo lo que haga estará supeditado a una autoridad. Y ahora su principal objetivo deberá ser en apariencia al menos, su recuperación.

El que una persona sea internada en una clínica de rehabilitación muy rara vez ocurre de forma voluntaria, sino todo lo contrario: son sus familiares frecuentemente los que toman esta decisión por él.

Otra de las situaciones que se dan en las clínicas es lo que Erving Goffman denomina "coalición alienativa"²³: aquí el interno es invitado a conversar con el personal, pero en la medida en que inicia esta charla. Este se da cuenta que el personal ya posee información suya que él mismo no ha facilitado y que debió ser entregada por alguno de sus familiares; en este contexto el individuo cae en una situación de desconfianza total hacia su entorno social,

La primera ocasión en que las autoridades instruyen al interno sobre los deberes y obligaciones que tendrá pueden estructurar los modos de aceptación o rebeldía que éste pueda tener en adelante. Por lo tanto, desde el principio la obediencia y sumisión serán bien vistas, y darán a notar que no abra mayor resistencia para quebrantar la voluntad del interno, pero en el caso de haber algún tipo de rebeldía el castigo es inmediato. El aumento en el rigor de las tareas y las humillaciones, apresurarán en el interno el cambio de actitud hacia la rendición absoluta.

Dentro de las instituciones totales el desposeimiento es parte del día a día. Una mala mirada o una queja por parte de los internos significan la confiscación de lo poco que se tiene en estos lugares, o la pérdida de un privilegio. El volumen de pertenencias con las cuales llegan los individuos a estos sitios es mínimo, y cada una de ellas tiene en estos lugares una estrecha relación con su yo, es decir con su auto-identificación, porque los implementos necesarios con los que contaban en el ordenamiento normal en estos sitios no los obtendrá. En algunas instituciones totales los agravios van mucho más lejos. Y las mutilaciones del cuerpo y las indignidades físicas son continuas, por lo que se mortifica al yo, es decir, la desfiguración del interno es completa.

En las instituciones totales las condiciones en las que viven son duras. Por ejemplo, el mal estado de los alimentos o la escasez de cosas mínimas para la higiene personal como el papel higiénico, jabón, cepillo de dientes son cosas del día a día, pero la queja o reclamo implicará un castigo o un maltrato. Por último los internos son obligados a tomar medicamentos por vía oral o endovenosa, como forma de control, de poder, de autoridad si el adicto inquiera en alguna falta. Muy importantes son los procesos de confraternidad y solidaridad ante el sistema que los violenta, algunos de los adictos que han permanecido por mayor tiempo en la clínica tienen mayor acceso a

²³ GOFFMAN, Erving. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu, pp 280

los implementos de higiene o la comida son éstos los que se solidarizan en secreto con los recién llegados o la persona que tiene menor tiempo en el sitio, y por ende no tiene prebendas; de esta forma el respaldo entre compañeros es clave.

En resumen, como advierte Erving Goffman²⁴ el interno soporta gran mortificación del Yo que deriva de la exhibición contaminadora de tipo físico, pero además nos aclara que cuando el agente de contaminación es otro ser humano, se produce una contaminación suplementaria, por el contacto impersonal forzado y en consecuencia por una relación social obligada.

1.6.2 El personal

Hemos realizado ya una primera caracterización sobre el mundo de los internos; ahora nos centraremos en el personal de las instituciones totales. Estos establecimientos generalmente se presentan al público como organizaciones de carácter racional diseñados para operar como sitios de rehabilitación de la salud física y mental de los internos.

Tomando en cuenta, esto debería suponer que la disposición de las personas incumbiría en el equivalente al trato de un ser humano. En este sentido la obligación del personal, es la de mantener las normas y reglas pero aplicarlas con humanidad, cosa que no sucede al interior de estos establecimientos porque el antagonismo jerarquizado entre el personal y el interno es radical.

Por lo tanto, no existe una aceptación voluntaria del orden, función directa del personal, que es la de lograr que el interno se autoconduzca de un modo manejable, que tenga un comportamiento completamente sometido y que actúe según las órdenes del personal.

Pero al tratarse de seres humanos puede suceder que no todos actúan o se comportan de la misma forma ante este tipo de requerimientos y haya cambios imprevistos que les lleve a rebelarse ante ciertas cosas que no son de su agrado.

Otra contingencia del personal de las instituciones es que pese a que un paciente esté recluido, éste supone una cantidad inmensa de trabajo administrativo de parte de la institución.

²⁴ GOFFMAN, Erving. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu, pp 293.

Con respecto a las normas y reglas, el personal encargado de la atención de los internos siempre estará supeditado a un superior de la institución, organismos de control y hasta a los familiares de los internos. En otros casos, la norma que puede regir para el cuidado de un interno, puede ir en contra de ciertas normas tendientes a su beneficio. Por ejemplo, un interno que tenga tendencias suicidas, deberá permanecer solo dentro de su habitación y en algunos casos con camisas de fuerzas para evitar que se haga daño; en la mayoría de los casos el personal también puede manejar al interno de manera más sencilla según el despojo al que este haya sido sometido. Las prácticas de castigos, golpes, flagelaciones y el uso de instrumentos de castigos en muchas de estas instituciones están autorizados, como es el caso de los muchos hospitales psiquiátricos.

En algunos casos, cuando los internos ya pueden realizar visitas a sus hogares o salir de la institución, las reacciones y comportamientos de éstos en el “exterior”, estarán directamente relacionadas con la responsabilidad de la institución. Entonces, si los internos actúan de manera inapropiada es una forma de problematizar las labores del personal, por ejemplo no hacer caso a la familia o salir de casa apenas llega con amigos de consumo, esto frustrará la labor del personal.

David Cooper considera, al igual que Erving Goffman, que las personas que trabajan en estas “instituciones totales” están al servicio de las necesidades alienadas de la sociedad, y por lo tanto traicionan a los otros miembros de la sociedad, que son los que se encuentran internos y más cuando en su gran mayoría han sido precipitados a estos sitios por terceros.²⁵

Por ende, el clima laboral que se desarrolla en la institución plantea problemas únicos porque el personal es el encargado de dar o restringir a los internos

²⁵ COOPER, David. *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Tavistock Publications, pp 39.

CAPÍTULO II

LENGUAJES EN EL CAMPO DE LA SALUD, CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA VIOLENCIA

2.1 Lenguajes de la violencia en el campo de la salud, visiones macrosociales de las clínicas de rehabilitación en el ecuador

Los seres humanos conviven en sociedad relacionándose e inter-actuando permanentemente con otros. La estructura de la sociedad es compleja, y está organizada, por lo tanto conforme valores, normas y conductas “apropiadas”; todas éstas encaminadas desde las instituciones para conseguir un desenvolvimiento armónico de esta.

Cuando algún miembro de la sociedad quebranta alguna de esas normas, el “anormal” es apartado del resto de la sociedad y encerrado en alguna institución organizada, que busca fundamentalmente proteger a la sociedad contra los que representan algún riesgo para el bienestar común. Los “anormales” son entonces, esos seres que cometen actos ilícitos, que tienen vicios, y a consecuencia de esto, también conductas antisociales, por lo tanto deberán ser reeducados, con el fin de que dejen esas conductas y puedan en determinado momento reinsertarse a la sociedad nuevamente bajo normas establecidas.

Algunas veces se hace referencia a las instituciones de rehabilitación como algo que ha existido desde siempre pero son establecimientos relativamente nuevos pues no tienen en Ecuador más de algunas décadas. El Ministerio de Salud Pública tiene el control de estas instituciones desde hace cinco años pero los problemas subsisten. Las prácticas violentas, las agresiones y la manipulación son algunos de ellos. Las clínicas han criminalizado a los adictos disponiendo un proceso de tratamiento inhumano para el drogodependiente que esta interno los hoy llamados “centros de recuperación”. Los tratamientos ofertados por estas instituciones continúan proliferando y mejorando las prácticas violentas como método de recuperación.

En el capítulo uno se presentó los temas ejes que dirigirán la comprensión de esta tesis, a través de los cuales se podrá ir direccionando lo que sucede en la clínica de rehabilitación Manantial de Vida. Los lenguajes, el discurso, el uso del espacio y las instituciones serán los medios que mostrarán de qué manera operan los lenguajes de la violencia y las prácticas que los terapistas utilizan durante el internamiento para someter y dominar a los internos. El disciplinamiento utilizado y la normalización provocada violentan a los internos y los moldea, con el fin de entregar a la sociedad sujetos dóciles. Los internos muchas veces aceptan las leyes y normas de la clínica y las técnicas de rehabilitación por miedo al castigo que recibirán por parte del personal, si no se someten y son obedientes.

Con la etnografía aquí aplicada buscaremos pormenorizar cómo funcionan los lenguajes de la violencia por medio de la descripción del internamiento y proceso de rehabilitación en Manantial de Vida, de esta forma se podrá comprender como las instituciones a partir del discurso pueden normalizar al individuo y someterlo.

La normalización se hace posible a través del discurso. Michel Foucault (2006) se refiere a las prácticas discursivas como reglas constituidas en el proceso histórico que van definiendo a la época y en grupos de comunidades específicas y concretas, las condiciones que hacen posible una enunciación, en este caso el circuito discursivo que gira en torno al internamiento de los drogodependientes. Esto se sustentará con mayor fuerza con las aportaciones recogidas en el primer capítulo por este autor y su reflexión sobre los discursos como prácticas sociales, el biopoder, de las sociedades disciplinarias a las sociedades de control, el internamiento y los anormales.

Erving Goffman, por su parte, facilita la comprensión de las instituciones totales y sus funcionamientos, y Pierre Bourdieu ayudará a comprender el tema de los lenguajes y la violencia simbólica. Con la descripción que se hará a continuación, buscamos presentar como se construye y ejercita el lenguaje de la violencia en el campo de la salud, y cuál es el papel del lenguaje de la violencia en las instituciones detallando los términos históricos concretos, los procesos y las estructuras que configuran a nuestra institución a través de las distintas prácticas discursivas y materiales de sometimiento que respaldan el imaginario social de la clínica.

2.2 Conformaciones del lenguaje de la violencia

El lenguaje será uno de los objetos fundamentales de indagación en esta tesis, porque es a través de los lenguajes que se explicará la fuerza delegada a las prácticas discursivas y materiales, que a su vez desenmascaran las relaciones de poder ejercidas por parte del personal de la clínica de rehabilitación Manantial de Vida hacia los internos. El lenguaje, el uso de los espacios y el discurso, establecen las relaciones de comunicación entre los miembros de la clínica (personal/interno) mostrando así, cómo se construyen los lenguajes de la violencia en Manantial de Vida.

Michel Foucault en la “Arqueología del Saber”²⁶ define al discurso como el *“conjunto de enunciados que provienen de un mismo sistema de formación; así se podría hablar de discurso clínico, discurso económico, discurso de la historia natural, psiquiátrico”*²⁷

El discurso está constituido por un número limitado de enunciados para los cuales se puede definir un conjunto de condiciones de existencia. Por lo tanto, el discurso es una descripción del cual se intenta deducir, algo que concierne al sujeto hablante, se trata de reencontrar, a partir del discurso, cuáles son las intencionalidades del sujeto hablante, y de qué manera se forma el pensamiento.

Edgardo Castro (2004)²⁸ define a la práctica como un conjunto de reglas anónimas históricas, siempre determinadas en el tiempo y en el espacio, que han definido, para una época dada y para un área social, económica, geográfica o lingüística dada, las condiciones de ejercicio de la función enunciativa. En síntesis podemos decir que Michel Foucault entiende por prácticas la racionalidad o la regularidad que organiza lo que los hombres hacen, que tiene un carácter sistemático (saber, poder, ética) y general (recurrente), y que por ello constituye una experiencia o un pensamiento.

En esta investigación se tomará en cuenta los lenguajes de la violencia de los terapeutas de la clínica de rehabilitación Manantial de Vida, y como las prácticas sociales que pueden configurar las conductas de los individuos, al referirme a esto puedo decir que Michel Foucault (1978), se refiere a que cualquier discurso es una práctica, y como cualquier práctica social se puede definir sus condiciones de producción. *“En este sentido todo discurso tiene un contexto de producción, siendo*

²⁶ FOUCAULT, Michel. La arqueología del Saber. España: siglo XXI, pp 277..

²⁷ CASTRO, Edgardo. El vocabulario de Michel Foucault, un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores. Buenos aires: Universidad nacional de Quilmes, pp 90.

²⁸ Ibid., pp 174.

*además, prácticas discursivas entendidas como reglas, constituidas en una época concreta y en grupos o comunidades específicas”*²⁹

El discurso provee una realidad en la que el sujeto se desenvuelve, es decir, el concepto de alguna cosa que construye en base a lo que se dice de él, y más si el discurso está siendo emitido en toda una red que constituida por la institución, sumerge al interno en la realidad social de la institución.

De acuerdo a lo anterior podemos decir que la clínica de rehabilitación surge como el medio a través del cual se puede normalizar a los anormales pero también como parte del sistema capitalista y como producto de los individuos que no se someten a las normas, por lo tanto, son peligrosos para la estabilidad de la sociedad y del sistema.

Cabe mencionar que las instituciones, con el paso del tiempo, cambian, y son las prácticas materiales y discursivas las que les han dado la razón de ser a estos establecimientos dándoles el camino para operar de una forma dada. Las prácticas discursivas son simplemente modos de fabricación de discursos, sino que toman cuerpo en el conjunto de técnicas, de la institución del uso del espacio, de los lenguajes en general que mantienen e imponen a los internos en la institución.

A través de las prácticas discursivas se puede determinar una forma del ser humano. Imaginar los lenguajes es de cierta forma imaginar una forma de vida, es decir, el interno aunque no está constituido totalmente si de cierta manera, todo dependerá de los elementos que la sociedad le proporcione para que este se defina en relación a los otros.

Los términos de “*poder*” y “*saber*”³⁰ cómo ya se mencionó antes, son campos ideados por Michel Foucault para dar cuenta de las dispositivos mediante los cuales se ejerce control. Por dispositivo entendemos a algunos elementos como el discurso, las instituciones, las leyes, los postulados y las prácticas que constituyen la realidad.

Los discursos en las instituciones totales, producen dispositivos de control, para mostrar la norma y que los demás observen a través del dispositivo lo que puede suceder si actúan de forma contraria logrando así mostrar lo que podría suceder si actúan de dicha forma, por ende eviten dicho comportamiento. Con esto me refiero a que el discurso, a través del dispositivo de poder de a la institución el poder de ejercer control.

²⁹ FOUCAULT, Michel. Las palabras y las cosas. Madrid: Siglo XXI, pp 124.

³⁰ FOUCAULT, Michel. La arqueología del Saber. España: siglo XXI, pp 79.

El modelo disciplinario marca así a los sujetos, hace inscripciones en sus cuerpos, y fabrica sus almas. La disciplina trabaja desde lo exterior estructurando los espacios, los tiempos, las maneras de actuar, y estableciendo las formas correctas de lo que está bien.

La vigilancia consiste en mirar constantemente, en normalizar los comportamientos anormales y en ajustarlos a la norma que ella mismo impone, los adictos saben que son vigilados todo el tiempo de esta forma se mantendrán dentro de la norma por el miedo a ser descubiertos. Esta mirada produce en los sujetos comportamientos y formas de pensar de acuerdo a lo diseñado por el dispositivo, y el sujeto sin darse cuenta asume el comportamiento normal.

Al referirse al castigo Michel Foucault se sitúa en el nacimiento de la prisión, la sociedad se presenta como una estructura media estable cuyo funcionamiento se basa en el consenso de la mayoría en torno a algunos valores generales, por lo tanto, existe un acuerdo colectivo y un consenso general para resolver conflictos, y a la vez también para estar de acuerdo si alguien quebranta los acuerdos.

Conceptos como los de pena o sufrimiento revela así la idea de castigo para quien comete un delito por determinada conducta. Por lo tanto, el individuo que entra en la clínica de rehabilitación deberá permanecer ahí por un determinado tiempo pagando su culpa (penando, sufriendo), y arrepintiéndose de sus actos.

Entonces, podemos decir que el castigo ha estado presente a lo largo de la historia como práctica represora que asegure el ajuste o la normalización de los sujetos. Para Michel Foucault las sanciones o el castigo se emplean para degradar y ridiculizar el cuerpo del sujeto, la pena no está en la muerte sino en el sufrimiento.

Por lo tanto, el castigo como suplicio de baja intensidad a lo largo del tiempo y la penalización continúan a través de otro tipo de dispositivos; el suplicio antes castigaba al cuerpo únicamente, pero posteriormente las instituciones castigaban ya no solo el cuerpo sino también a la mente.

Después los marcos jurídicos/penales cambiaron el castigo tenía ahora una doble función: castigar y modificar, y si bien es cierto aún se castigaba al cuerpo con el encierro, a la mente se la castigaba mediante la normalización que es modificar la conducta, a través del discurso, la violencia física, la violencia simbólica y el uso de los espacios.

La sociedad a partir de este momento castiga públicamente al ser humano asilándolo, apartándolo y condenándolo a la separación de la sociedad, es en este momento cuando surgen las instituciones organizadas como ya se mencionó, para proteger a la sociedad de quienes constituían un peligro. La finalidad de esta institución era brindar una supuesta seguridad al resto de la sociedad pero al mismo tiempo diseñar un nuevo sujeto.

Las instituciones, desde sus inicios, se han respaldado en los “discursos de verdad”; sabemos que esto les otorga el poder de decidir el futuro de los individuos. Cuando las instituciones aparecen se define el poder de castigar como un poder general de la sociedad, que se ejerce sobre todos sus miembros.

2.3 Violencia y prácticas discursivas en el campo de la salud

Para analizar los lenguajes de la violencia en el campo definiré ciertos conceptos que podrán señalar de forma explícita cuáles son los mecanismos que permiten la reproducción de ciertas prácticas violentas en la atención médica de la clínica de rehabilitación Manantial de Vida y que violentan los derechos humanos de los internos.

En este aspecto, analizaré como se construye y ejercita el lenguaje de la violencia, por medio de tres conceptos utilizados por Pierre Bourdieu que son: *el Habitus*, *el Campo*, y *el Mercado Lingüístico*. A partir de esto se identificará la subordinación al lenguaje por parte de los internos de la clínica de rehabilitación, tomando en cuenta que los adictos perciben al personal de la institución como superiores y con autoridad, lo que provoca en el interno la rendición ante ellos.

Para Pierre Bourdieu el descubrir las relaciones ocultas que se han generado como percepciones prácticas permite identificar los mecanismos que aseguran la reproducción de prácticas.

Pierre Bourdieu define el “habitus” o lenguaje no verbal como un sistema de disposiciones duraderas y transferibles, predisuestas para funcionar que no se adquieren de forma innata sino socialmente, y que predisponen a la persona para que actúe, sienta, piense y perciba conforme al contexto y la posición social.

Con respecto al concepto de campo Pierre Bourdieu lo define como: *“Una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones, (QUE) se definen objetivamente en sus existencias y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes [...]”*³¹

Es decir, el campo es el lugar que define la posición de cada ocupante, que se sostiene, reproduce cambia o adapta según las condiciones de los sujetos, con un objetivo claro que es mantener el juego que caracteriza al sitio.

Cada interacción entre el personal y los internos muestra definitivamente la pertenencia al campo y la posición particular que cada uno tiene (personal/interno), que conlleva propiedades de posición que no son naturales, aunque los internos las van incorporando como si fuera así.

Podríamos decir, que la clínica de rehabilitación a través de mecanismos prácticos y simbólicos, asegura sujetos dotados de habitus, necesarios para un correcto desenvolvimiento y funcionamiento (dominantes y subordinados).

En la clínica aquí analizada el capital principal que se juega es el del saber, frente a los internos que asumen el papel de subordinados de hecho, al legitimar la autoridad, posición y jerarquía del personal y esto se muestra en el lenguaje y las prácticas usadas.

Otra parte importante es que el lenguaje utilizado por el personal está dotado de autoridad, con normas y discurso estructurado lo que contribuye a la reproducción de la lógica de la institución. Esto es lo que Pierre Bourdieu denomina “mercado lingüístico” y es a través del cual se puede observar más claramente las desigualdades sociales en el lenguaje, que representa la forma en la que se viven las prácticas cotidianas en los campos de la salud.

El estudio del lenguaje no puede estar limitado, la dominación discursiva puede llegar a tener cierto control de la mente del otro, y por ende indirectamente de las acciones que este realice.

El lenguaje verbal a través de la dominación discursiva nos permite entonces, no forzar a la persona a que haga algo, sino que el sujeto lo haga porque así lo quiere o porque no tienen otra alternativa, y de esta forma se manipula, domina, somete e informa erróneamente, todo según los intereses del personal.

³¹ BOURDIEU, Pierre, WACQUANT, Loic J. D. Respuestas por una antropología reflexiva. México: Grijalbo, pp 64.

Muchas veces los grupos dominados (internos) ayudan a su propia dominación cuando aceptan el poder del grupo dominante (personal), como algo normal, natural y legítimo. Con esto en mente puedo decir que la dominación surge cuando en el ejercicio del poder se eliminan y neutralizan los más altos intereses de quienes son controlados.

En el caso de nuestra investigación a parte del lenguaje existen otras prácticas materiales que se construyen a partir de las experiencias comunicacionales y que pueden controlar la mente de los internos. A través del discurso y otras prácticas se puede llegar persuadir y convencer de tal forma que los internos terminan aceptando cualquier tipo de violación o pedido como parte del tratamiento que servirá para su recuperación.

Entonces, para controlar la mente necesariamente se tiene que controlar el discurso y apoyarse en medios simbólicos. Esto es lo que sucede en la Clínica de Rehabilitación: el personal controla el discurso y se afirma con la violencia simbólica. Por lo tanto las palabras, los textos, las imágenes, la coerción es parte fundamental en el proceso de dominación discursiva que conlleva el sometimiento, dominación, disciplinamiento y normalización de los internos.

2.4 Violencia simbólica y las prácticas registradas en el campo de la salud

La violencia simbólica es un instrumento de dominación dentro del campo de la salud esta se ejerce a través de la imposición de sujetos dominantes en el plano de la significación, es decir, a través de los lenguajes, el uso del espacio, el discurso y los roles sociales.

Según Pierre Bourdieu la Violencia Simbólica es esa:

Violencia amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento ejercida en nombre de un principio simbólico conocido y admitido tanto por el dominador como por el dominado³²

La violencia simbólica es aquella que se conoce como “violencia dulce” o invisible y es la ejercida con el consenso y el desconocimiento de quien la padece, escondiendo las relaciones de fuerza que están por debajo de la relación en la que se configura, y que sirve para explicar las prácticas utilizadas en el internamiento.

³² BOURDIEU, Pierre. Razones prácticas: sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama, pp 240.

La violencia simbólica puede ser mucho más letal y agresiva de lo que en un principio un sujeto puede imaginar, porque en un primer momento su identificación es un tanto indetectable, porque no se nota o no se presupone como violencia, por lo que puede acontecer por mucho tiempo sin ser descubierta.

La violencia simbólica es una violencia que se ejerce sin coerción física a través de distintas formas simbólicas que configuran la mente de los internos y dan sentido a las acciones que realizan el personal. Los internos aceptan los discursos utilizados por los terapeutas por la coerción y el ambiente que se crea dentro de la institución, por ende el interno actúa según el universo social en el que se desarrollan e interpretan cada discurso según las estructuras cognitivas dadas por el personal.

La violencia simbólica está maquillada por la acción pedagógica de los terapeutas, la reproducción durante el internamiento por medio de las prácticas discursivas y materiales orienta la producción de un habitus que se interioriza, perpetua en la medida en que violencia simbólica, y el trabajo pedagógico tiende a producir una disposición permanente, que suministra una respuesta adecuada a los estímulos simbólicos recibidos por medio de los terapeutas, “autoridades pedagógicas” de los anormales.

Entonces, durante el internamiento la violencia simbólica y física, y las prácticas tanto materiales como discursivas tienen éxito en la medida de la posición social. La intención funciona así como mecanismo de dominación útil al momento de buscar obtener algo, es el medio más valioso para conseguir que un interno haga determinada cosa y se someta. Por lo tanto, los lenguajes, el uso del espacio y el discursos construyen los lenguajes de la violencia en el internamiento y proceso de rehabilitación de los internos. *“Para David Cooper la violencia simbólica se refiere directamente a la violencia dulce que ejercen las personas sanas “personal”, contra los denominados locos”*.³³

Entonces, la violencia simbólica no es otra cosa que la violencia amortiguada e invisible para sus propias víctimas, que funciona a través de caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento, que se ejerce al margen de los controles de la conciencia y la voluntad por medio de estructuras y mecanismos específicos que refuerzan las prácticas discursivas y prácticas durante proceso de rehabilitación de la clínica Manantial de Vida.

³³ COOPER, David. Psiquiatría y antipsiquiatría. Argentina: Tavistock, pp 48.

2.5 Salud mental

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través de la Dirección de Salud Mental define el término salud mental como:

La Condición de la vida humana que resulta de un armonioso desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio, esto según OMS (Organización Mundial de la Salud)³⁴

La lista de morbilidad mental nacional³⁵ registrada en el Ecuador del 2008 al 2010 se muestra de la siguiente manera:

Alcoholismo 676 casos
Depresión 1293 casos
Fármaco dependencia 147 casos
Psicosis 229 casos
Suicidio consumado 68 casos
Demencia 20 casos

El Plan Nacional de Salud Mental data del año 1999, aquí se detalla que no existe una Ley de Salud Mental, pero que existen algunas disposiciones sobre este aspecto. Entre las disposiciones se ha dispuesto que únicamente del 1.2% del presupuesto del Ministerio de Salud Pública servirá para este trabajo y de esa cantidad el 59% se destinará a los hospitales psiquiátricos que actualmente se encuentran ubicados únicamente en tres ciudades del Ecuador.

Con relación a los diagnósticos a nivel de los Hospitales psiquiátricos el de mayor prevalencia es el de esquizofrenia y a nivel de los servicios ambulatorios el de “trastornos de ansiedad”.

³⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR [en línea][citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: [<http://www.msp.gob.ec/index.php/component/content/article/39-programas/salud-mental/75-informacion-general>]

³⁵ ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Estadísticas: Ecuador (2008-2010). MSP

No se han conformado asociaciones de pacientes o familiares de pacientes mentales, con excepción de los grupos de alcohólicos anónimos. En fin el Ecuador tiene limitados logros, con respecto a la salud mental que se sintetizan únicamente en servicios a nivel de los Hospitales Generales y en varios centros de atención primaria.

Con estos datos tenemos una mirada bastante clara acerca de lo poco que ha hecho el Ministerio de Salud Pública con respecto al tema de Salud Mental. Podríamos decir que es realmente preocupante los escasos trabajos realizados con respecto a este tema, por lo tanto no es de admirarse que las clínicas de rehabilitación para adictos hayan estado tan desatendidas y fuera de su control por tantos años.

La drogodependencia según la OMS es el estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco (droga) en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.³⁶

Entonces, podemos decir que la drogodependencia es un problema de salud causado por el consumo continuo de drogas que produce trastornos en todas las áreas de la vida, y un deterioro notable en aspectos como: la parte física, psicológica y social de la persona. La drogodependencia además afecta a las familias de los drogodependientes en la medida en que el proceso de adicción aumenta

La dependencia física consiste en la ingestión compulsiva de una droga de forma crónica (todos los días, o varias veces en el día).

La dependencia psíquica está ligada con la necesidad irreprimible de buscar, obtener y reiniciar el consumo de la sustancia de forma regular o continuada para producir placer o evitar el malestar, a pesar de los costes personales que ello conlleve, implica una serie de actos que el individuo realiza por obtener la droga como son: robar, mentir, engañar, manipular y otros actos que implican la honra del adicto. Esta conducta es repetitiva y motivada en un principio por la falta de sustancia en el cuerpo pero posteriormente por la exposición a estímulos y conductas que recuerdan el consumo.

Por su parte la dependencia social se relaciona con la necesidad de consumir para pertenecer a un grupo social.

³⁶ OMS [en línea] [citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en:
http://www.who.int/substance_abuse/activities/unodc_who_brochure_spanish.pdf

2.6 Entes rectores de las Clínicas de Rehabilitación en Ecuador

En nuestro país el Ministerio de Salud Pública es el ente regulador de las clínicas de rehabilitación para adicciones, a través de una Comisión Interdepartamental conformada por Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación, Salud Mental y Cuidados Especiales en Salud, la Dirección Nacional de Vigilancia y Control Sanitario y el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Consep) con su experiencia³⁷.

Esta Comisión Interdepartamental rige a las clínicas de rehabilitación, y los métodos más adecuados en el tratamiento de la drogodependencia. En nuestro país el Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas del 24 de enero de 2012, tiene su sustento en la Constitución Política de la República del Ecuador, y con el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, lo que permite al Ecuador contar con un importante instrumento legal para prevenir, tratar, controlar, investigar y sancionar las conductas que atentan contra la salud, el bienestar y la seguridad de la sociedad.³⁸

Según el Observatorio Ecuatoriano de Drogas, en la capital existen entre sesenta y setenta mil drogodependientes. Registran que entre las causas que llevan a los jóvenes a consumir drogas está: aspectos culturales, desintegración familiar, la migración, falta de control y comunicación en la familia, falta de educación integral en los niveles educativo, comunitario-familiar y laboral, deficiencia del sistema educativo, presión de grupo e inadecuada utilización del tiempo libre.³⁹ A nivel nacional se estima que el 3,5% de la población consume drogas.

Actualmente en el país existen solamente siete dependencias Estatales para atender a personas con problemas de drogas, estas mantienen interno al paciente en determinados establecimientos por el período de un mes, realizan seguimiento a las familias, y a los pacientes después de concluir su internamiento.

³⁷ ENTREVISTA. Vía Telefónica 20 de septiembre de 2012. Dr. Roberto Enríquez Técnico encargado de la Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación, Salud Mental y Cuidados Especiales en Salud y de la Red de Centros y Servicios de Recuperación de Adicciones.

³⁸ COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS. CICAD [en línea][citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en:

http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/2012_plan_prevenci%C3%B3n.pdf

³⁹ COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS. CICAD [en línea][citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en:

http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/eng/National%20Plans/ECUADOR%202009-2012.pdf, pp 16

Hasta el 2010 el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Consep) registraron 205 clínicas privadas a nivel nacional, de las cuales 144, que representa el 70.24%, presenta irregularidades o carecen de datos y solo 61 clínicas (29.76%) tiene toda la información completa. En cuanto a los permisos de funcionamiento el 60.97% de las clínicas (125) no tiene información sobre esto. 43 clínicas (20.98%) tuvieron permiso de funcionamiento alguna vez, 4 (1.95%) funcionan sin permiso, 31 (15.12%) no tiene permiso y 2 (0.98%) se registra como que no lo necesitan, según Rodrigo Tenorio, Director del Observatorio Ecuatoriano de Drogas⁴⁰.

La calificación de las clínicas de rehabilitación la realiza la Comisión Interdepartamental, como paso previo a la obtención del permiso de funcionamiento por parte del Ministerio de Salud. El control en el funcionamiento de estos centros es deficiente, llegando incluso a existir denuncias de maltrato y violación de derechos humanos de los consumidores, según Eva Cevallos Responsable Nacional de Salud Mental Encargada.

Una de las entidades que brinda servicio gratuito a los drogodependientes es el Consep. Joffre Jiménez⁴¹, Director Nacional de Control de la Demanda de Drogas, aseguró que se trabaja continuamente en campañas de difusión para ofrecer los servicios gratuitos de atención primaria para esta enfermedad.

Es importante conocer que hasta julio de 2012 el modelo que figuraba en nuestro país para la problemática de la drogodependencia se ubicaba en primer lugar a nivel jurídico, y asimila al usuario como un delincuente, el modelo médico confronta al adicto como una persona víctima de una enfermedad, y el modelo psicosocial como un producto-reflejo del consumismo, del hedonismo social o como víctima de sus tensiones, todo esto según la tercera Encuesta Nacional sobre el consumo de drogas en hogares realizada en el 2007.

Es por esta razón que en la actualidad, la problemática de las adicciones ha alcanzado dimensiones que han trastocado el ámbito social, la drogodependencia ya no se ubica solo un sector determinado de la población sino que ahora se encuentra en cualquier nivel socioeconómico, escolar, laboral, y de género, de tal suerte que los efectos perjudiciales no sólo se manifiestan en el área de la salud, sino también en el núcleo familiar, laboral, escolar, económico, etcétera. Por ende

⁴⁰ <http://www.eluniverso.com/2012/02/19/1/1422/irregularidades-7024-clinicas-rehabilitacion-pais.html>

⁴¹ ENTREVISTA. Vía telefónica. Dr. Joffre Jimenez. Consep. 15 de abril de 2011.

el problema ha rebasado al Estado y a la sociedad en su conjunto. Y es esta necesidad de confrontar el problema de la drogodependencia lo que ha permitido la proliferación desmedida de las clínicas de rehabilitación privadas en el país, así como la falta de instituciones idóneas y especializadas en el tratamiento de las adicciones proporcionadas por el Estado ecuatoriano.

El escaso control realizado por el Ministerio de Salud al momento de acreditar las clínicas de rehabilitación jugó un papel preponderante en la proliferación e inadecuado proceso de tratamiento de estas instituciones. Para Joffre Jiménez⁴² esta problemática ha perjudicado a los drogodependientes de una verdadera recuperación. Por lo tanto considera de vital importancia el cambio que se ha realizado actualmente al Reglamento para estas Clínicas de Rehabilitación, pero menciona que es fundamental considerar las particulares circunstancias en los que se ofertan los servicios de tratamiento para rehabilitar a los drogodependientes, los cuales suelen presentarse sin contar con un conocimiento previo, suficiente y actualizado, acerca de las características que tiene la demanda real de los mismos y el objetivo que deben tener estos establecimientos, pese a que actualmente existe información que da cuenta de manera oportuna y confiable, la situación de consumo de drogas por parte de la población ecuatoriana.

2.6.1 Clínicas de rehabilitación para adicciones en el Ecuador, y procesos de tratamiento

El Ministerio de Salud Pública, habiendo observado las distintas circunstancias y denuncias a cerca de las clínicas de rehabilitación en el Ecuador fijó un nuevo reglamento⁴³ a los centros de recuperación de personas con adicción que tiene algunos puntos significativos.

El reglamento menciona que nadie podrá ser discriminado en estos sitios, pero en la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida ese no fue el caso, Jhon⁴⁴ uno de los internos con mayor tiempo en la clínica. Desde su llegada fue objeto de maltratos y abusos por el color de su piel, el ser “negro” como menciona causó el repudio de ciertos compañeros, no querían compartir las habitaciones menos aun la ducha o las camas, los prejuicios sociales salían a la luz entre mis propios compañeros, y no fue distinto con los terapeutas “Ignacio” uno de ellos, todos los días me reprochaba mi color de piel, mis rasgos físicos y continuamente hacía comparaciones sobre mi persona y los chimpancés.

⁴² ENTREVISTA. Vía Telefónica. Dr. Joffre Jimenez. Consep. 15 de enero de 2011.

⁴³ COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS. CICAD [en línea][citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/decreto_339.pdf

⁴⁴ ENTREVISTA. Jhon, patio de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida. 20 de octubre de 2009.

La adicción a las drogas es un problema de Salud Pública, que implica el soporte directo del Ministerio de Salud en la atención prioritaria y especializada a los adictos, tanto en instituciones públicas como privadas pero si observamos más a fondo, las clínicas de rehabilitación del Ecuador no han comprendido la dinámica de esta normativa y el hecho se ha desatendido, la gran parte de personas encargadas de tratar a los adictos son adictos en recuperación llamados terapistas vivenciales pero no tienen ningún sustento profesional sino simplemente la experiencia de vida que no va más allá del consumo de drogas y la abstinencia. Ninguna de estas personas ha recibido capacitación para tratar los problemas de la adicción que no se basa solamente en el consumo de drogas sino los trastornos de la conducta.

Al referirnos a los derechos que el Estado debe garantizar para las personas con adicciones vemos que los servicios públicos y privados son de escasísima calidad, el buen trato es inexistente en estas casas de salud, la violencia y el maltrato de todo tipo se muestra con cada experiencia vivida de los internos de estas instituciones, la deficiencia moral que se ha creado a partir de los años sobre el tema de la drogadicción y los drogodependientes ha reducido al mínimo las condiciones en las cuales estas personas deben ser intervenidas para tratamiento, la criminalización del drogodependiente se ha expandido de forma tan abrupta que ahora no hay condiciones mínimas para el adicto que es sometido a tratamiento, el maltrato es la base fundamental de las clínicas de rehabilitación vulnerando así sus derechos constitucionales.

Según las normativas del Ministerio de Salud los procesos de licenciamiento y calificación para acreditar a estas clínicas especifica varios aspectos como tratamientos integrales de rehabilitación y reinserción social, sitios adecuados, controles sanitarios pero esto pocas veces se cumple y más si tomamos en cuenta la presencia de varias clínicas que funcionan sin ninguna regulación.

Por último estos sitios deben accionar a nivel familiar para poder garantizar el tratamiento de rehabilitación pero lo que sucede es que las familias son manipuladas por los terapistas, por lo que la familia termina haciendo todo lo que el personal de la clínica les pide y sugiere muchas sin garantizar y respetar los derechos humanos de los internos.

2.6.2 Clasificación de los centros de recuperación en Ecuador

Las clínicas de rehabilitación en el Ecuador obedecen a dos tipos:

- Públicos como por ejemplo los autofinanciados por el Estado ecuatoriano y los privados como es el caso de Manantial de Vida.
- De consulta externa como por ejemplo las terapias ambulatorias en el CONSEP y los internamientos que es cuando el interno es privado de la libertad y permanece recluido en un sitio.

A las clínicas de rehabilitación ahora el Ministerio de Salud las denomina Centros de Recuperación (CR) y tienen por finalidad ofrecer programas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reinserción social a personas con cualquier adicción (alcohol, psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generen dependencia).

Estos Centros de Recuperación (CR), son constituidos como establecimientos de salud, y pueden ser abiertos por cualquier persona mientras cumplan los requisitos que solicite el Ministerio, aunque muchas veces se los abre sin ningún tipo de permiso. Actualmente solicitan que estos centros estén bajo la responsabilidad de un profesional de la salud de cuarto nivel, pero antes de esta reforma cualquier adicto en abstinencia podía brindar el servicio.

Estos centros se dividen en diferentes categorías:

Centros de Desintoxicación o Precomunidad estos brindan el servicio de internamiento para el adicto y terapia familiar, así funciona Manantial de Vida. Existen además Comunidades Terapéuticas y Centros de Tratamientos Biomédicos en los que se medica al paciente para su desintoxicación. Ahora por exigencia del reglamento deben tener un manual de funciones, fines y objetivos así como protocolos, historias clínicas y record del paciente, todo esto antes no existía, el interno era un número más una cifra en dólares y un recibo mal hecho entregado por el dueño de la clínica al familiar como constatación del equivalente para la recuperación del adicto.

El proceso de tratamiento ahora varía con respecto a años atrás, existen programas y modelos sugeridos por el Ministerio de Salud para cada una de las categorías de centros y comunidades terapéuticas con puntos claros acerca del trato, el tiempo de internamiento y hasta los profesionales especializados con los cuales debe contar la clínica. Ahora no se permite centros de recuperación mixto, los tratamientos se brindan por separado de acuerdo a la edad y al sexo, como: niñas y niños; adolescentes y jóvenes; y grupos de adultos mayores. En Manantial de Vida esta particularidad fue inexistente, todas las personas estaban juntas sin ninguna restricción ni diferencia.

2.6.3 Instalaciones, alimentación, higiene y seguridad de los centros de recuperación

Con respecto a la alimentación, hoy en día los adictos tienen derecho a recibir una alimentación que busque una adecuada y nutrición con dietas especiales, y suficientes responda a las necesidades del adicto en cantidad y condiciones. Contarán con un horario regular y dietas para adictos con enfermedades adicionales, así como condiciones de higiene adecuadas, como parte del nuevo reglamento contarán para el efecto con el personal de nutrición.

En Manantial de Vida la alimentación era preparada por los internos, atún, garbanzos y arroz eran la dieta diaria de estos, el mal comportamiento implicaba la restricción de la alimentación. Las instalaciones sanitarias eran incompletas e insuficientes para el número de internos por lo tanto el aseo personal comprendía un baño diario de 3 minutos y en la compañía de otros internos.

El arreglo de las habitaciones actualmente ya no es obligación del interno, en Manantial de Vida no solo el arreglo de los cuartos debía estar a cargo de cada interno sino la limpieza, orden y arreglo de toda la clínica de rehabilitación desde la limpieza de los baños hasta la elaboración de la comida para todos los internos.

Las camas nunca fueron individuales para el descanso de los internos el hacinamiento era un problema de todos los días. Las creencias y diferentes posturas de los internos nunca se permitieron durante el internamiento la única voz autorizada correspondía a la del personal.

La infraestructura del sitio era nula y no contaba con las condiciones indispensables para hacer del sitio de internamiento un lugar confortable que satisficiera las necesidades mínimas para el internamiento de los adictos, la seguridad del sitio dependía netamente de los terapeutas vivenciales.

2.6.4 Medidas Disciplinarias⁴⁵

El Ministerio de Salud plantea hoy en su reglamento que las medidas disciplinarias serán de carácter formativo y no represivo, prohibiendo así cualquier tipo de medida o práctica que implique la violación del interno. En la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida esto era cosa de todos

⁴⁵ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR [en línea][citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.msp.gob.ec/index.php/component/content/article/39-programas/salud-mental/75-informacion-general>

los días el uso de la violencia, la fuerza y los maltratos consistía en la base del internamiento y del tratamiento de rehabilitación el uso de todo tipo de materiales para forzar al adicto a acceder a hacer lo que los terapeutas dicen consistía en la utilización de cadenas, esposas, grilletes, baños forzados, ahogos en el tanque, fosas de tierra e intimidación con golpizas por parte de los propios compañeros. Muchas veces la sedación de algunos internos era parte de sus métodos de persuasión todo esto en contra de la voluntad del interno y sin ningún criterio médico psiquiatra sino solamente con la autorización del terapeuta vivencial. Es decir, que el uso de la fuerza recién hoy es sancionado y visto como una medida que debe ser rechazada.

2.7 Derechos de los pacientes

Según el nuevo reglamento cualquier drogodependiente goza de los mismos derechos humanos reconocidos en la Constitución de la República y en los instrumentos internacionales, como son la inviolabilidad de la vida, el no ser criminalizado y el tener acceso a una vida libre de violencia todos estos derechos no se han cumplido en las clínicas de rehabilitación por lo que se ha forjado una historia de los tratamientos de rehabilitación basada en medidas disciplinarias y de control tales como las mencionadas por Erving Goffman en las instituciones totales y mucho más rigurosas que los centros de encierro de Michel Foucault.

El ingreso de los pacientes según el nuevo Reglamento se realizará a través de una serie de exámenes previos y diagnóstico realizado por un profesional médico. El paciente ingresará por su voluntad y con un consentimiento por escrito, en el caso de que el paciente no pueda decidir por el mismo, lo hará por él su cónyuge, su pareja en unión de hecho, o sus parientes hasta dentro del cuarto grado de consanguinidad.

No se podrán admitir personas por causas distintas como por ejemplo la deshomosexualización, tan conocida en las clínicas de rehabilitación.

La violación a los derechos humanos de los y las pacientes, suscitados dentro de los Centros de Recuperación, estará sujeta a procesos reparatorios en los términos planteados en Constitución de la República del Ecuador, siempre que un Juez así lo imponga y las sanciones penales que fueran del caso.

2.8 Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida

La Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida, es una empresa privada que se encarga de la rehabilitación de personas con problemas de adicción a las drogas. Está ubicada en el Valle de los Chillos al sureste de la ciudad de Quito. La investigación que se llevó a cabo se lo hizo a través de un ejercicio etnográfico realizado durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2009.

La Clínica fue fundada y dirigida por el terapeuta vivencial Marcos Plaza, en el año 2002. Plaza es un ciudadano ecuatoriano oriundo de la ciudad de Guayaquil que conoció la recuperación por el año 1998, y que desde ese entonces creyó en la ayuda que podría brindar a otros adictos para que puedan dejar el consumo de drogas.

El proceso de rehabilitación de la Clínica Manantial de Vida, surge como una dilatación de los procesos llevados a cabo en las clínicas de rehabilitación que se instalaron en el país hace varios años, a estas instituciones se les denominaba nazis por las torturas, violencia y sometimiento al que eran llevados los adictos durante su internamiento en estas instituciones.

Diego B.⁴⁶ es el nombre del adicto en recuperación que colaboró conmigo para poder conocer los antecedentes del cierre de esta institución.

Cuando se inició la conformación de la clínica de rehabilitación Manantial de Vida no existía un reglamento exhaustivo para el funcionamiento de estas instituciones por ende la constitución de esta fue bastante sencilla. Pasado algún tiempo la clínica de rehabilitación generó grandes réditos para su propietario, por lo tanto rehabilitación de los adictos dejó de ser prioridad, y Manantial funcionó mejor como un negocio que como un establecimiento de recuperación. Durante cinco años Marcos Plaza continuó siendo el dueño de la clínica hasta que se asoció con Carlos Colamarco un adicto con varios años en recuperación quien se hizo cargo de la clínica.

Los problemas económicos comenzaron a presentarse. Marcos Plaza ya no obtenía la misma liquidez por la clínica lo que ocasionó serios problemas entre los dos socios. Marcos Plaza sometía cada vez más a los internos durante los internamientos y el resentimiento empezó a sembrarse entre los adictos que se encontraban al interior de la clínica y a inicios del 2007 cierra la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida, por varios problemas financieros. Un mes más tarde es

⁴⁶ ENTREVISTA. Vía telefónica con Diego B. Interno de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida. Junio 20 de 2011.

asesinado Marcos Plaza por ex internos de esta clínica de rehabilitación que lo habían amenazado por los continuos abusos que este cometía contra ellos en la clínica.

A partir de esta información podemos observar que la violencia y las prácticas cometidas en estas instituciones han generado consecuencias importantes, ocasionado varios conflictos que no son los que se esperaría después de un proceso de rehabilitación.

Una descripción de estos efectos será el objeto del siguiente capítulo.

CAPITULO III

ETNOGRAFÍA

3.1 Estudio de caso: clínica de rehabilitación manantial de vida

El estudio de caso de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida precisará de los planteamientos teóricos previos utilizados en esta tesis para situarnos en el contexto donde los usaremos.

La metodología que utilizamos en este trabajo es la etnografía, que es un método de investigación cualitativo con una perspectiva estructural-funcional, que es parte de las ramas de la Antropología Social, y que consiste en observar las prácticas de los grupos humanos y poder participar en ellas describiéndolas y contrastándolas.

La técnica de observación participante es el acercamiento que se usó en esta etnografía para aproximarnos a la realidad y obtener los datos empíricos de los fenómenos tal como se dan.

Los lenguajes de la violencia siempre han estado presentes, aunque no siempre del todo visible en el campo de la salud. La violencia en las Clínicas de Rehabilitación hoy en día es considerada un grave problema, que ha generado varias controversias alrededor de las estructuras de estas instituciones y los procesos de internamiento y rehabilitación que se llevan a cabo al interior de estos establecimientos.

La violación de los Derechos Humanos de cientos de adictos ha constituido una de las razones claves para la modificación al Reglamento de los Centros de Recuperación en el país.

La violencia ha castigado desproporcionalmente a los sectores estructuralmente vulnerables de la sociedad como es el caso de las clínicas de rehabilitación es por esta razón que se creyó necesario realizar una investigación acerca de este tema. A partir de este momento el presente documento tomará una forma de escritura distinta, se pasará de la tercera a primera persona, por la participación activa que tuve en la presente etnografía.

La investigación se realizó durante alrededor de tres meses, el primer mes lo realicé como interna de esta clínica de rehabilitación. El ingreso a este lugar fue posible por la amistad que se mantenía

con el dueño de la clínica, que era un adicto en recuperación, por lo tanto, el terapeuta vivencial de este sitio. Los siguientes dos meses asistí a la clínica con cierta periodicidad los días lunes, jueves y sábado en horarios abiertos, es decir, podía permanecer en la clínica el tiempo que concibiera necesario.

El hecho de que el dueño de la clínica fuese un adicto en recuperación y terapeuta del sitio no es algo coincidental, esto sucede en varias clínicas de rehabilitación. El ejercicio del poder en estas instituciones se ha ejercido a través de este mecanismo los adictos que son internados en estos sitios por lo general salen con la idea de poner clínicas de rehabilitación y difundir el mensaje recibido dentro de estas, es decir, mantener los discursos de verdad, la reproducción y por ende la estructura del lugar.

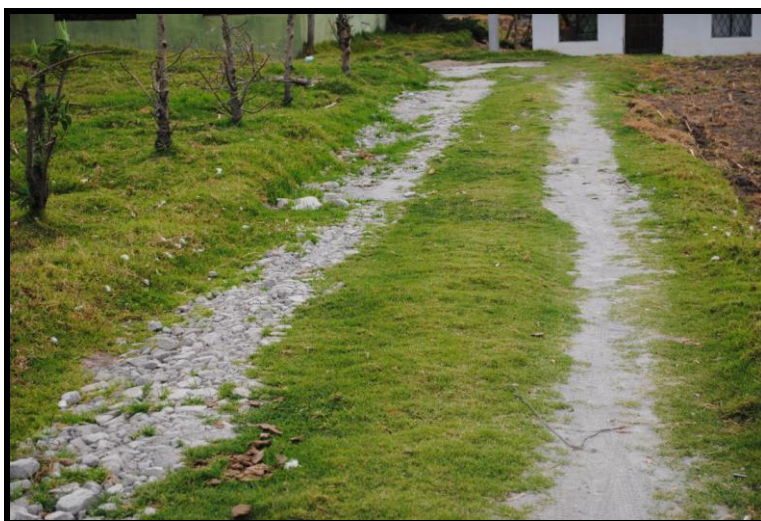
Durante todo el tiempo que duró la investigación me relacioné con los internos y el personal de la clínica, esta cercanía fue sumamente importante para la realización de esta investigación.

Además todas estas experiencias no hubiesen sido posibles sin la confianza que me brindaron las personas con las que se trabajó, así como el respeto de muchos por mi afán de demostrar una posición imparcial frente a los dos grupos de estudio, el personal y los internos.

3.2 Espacio Físico

La Clínica de rehabilitación Manantial de Vida es una institución total creada con el objetivo concreto de estructurar al individuo a través de toda una serie de prácticas, mecanismos y dispositivos que permiten normalizar el cuerpo. La clínica de rehabilitación Manantial de Vida, está alineada a la conformación de las instituciones totales buscando normalizar a los sujetos insanos a través del disciplinamiento, la vigilancia, el control y el sometimiento dando como resultado adictos normalizados, por ende, individuos aptos para la sociedad. Además la clínica posee características de las instituciones totales entre estas: satisfacer todas las necesidades del interno: alojamiento, ocupación y manejo del tiempo libre. Todas las actividades están preestablecidas bajo una autoridades únicas (el personal) que serán las encargadas de ejercer la fuerza, enmascarándose a través de la permeabilización del discurso y la violencia simbólica delimitando los actos entre el bien y el mal, lo normal de los anormal. Sujetando así a los adictos a una sola verdad que es la del personal de las clínicas de rehabilitación

La clínica está ubicada en el Valle de los Chillos, pero no se encuentra a la vista de todos ni es de fácil acceso (Anexo 1), esto con el fin mantener alejados a los adictos de la sociedad.



Anexo 1 (Entrada a la Clínica Manantial de Vida)

Por otro lado la clínica posee grandes muros para que los internos no puedan escaparse (Anexo 2), de esta forma se garantiza el encierro y la vigilancia de los adictos. Por lo tanto, la elección de la ubicación de la clínica no es algo escogido al azar, implica aislamiento del grupo por su muestra de conducta problemática que es el estigma del drogodependiente, y una división geográfica notable entre las personas sanas y los anormales.



Anexo 2 (Paredones de la Clínica Manantial de Vida)

Esta ubicación involucra un menor riesgo de escape de los internos, pero también, mayor facilidad de encontrarlos si escapan, porque alrededor de la clínica hay grandes extensiones de bosques con quebradas (Anexo 3), no hay casas cercanas y la carretera está bastante alejada.



Anexo 3 (Quebrada trasera a la Clínica Manantial de Vida)

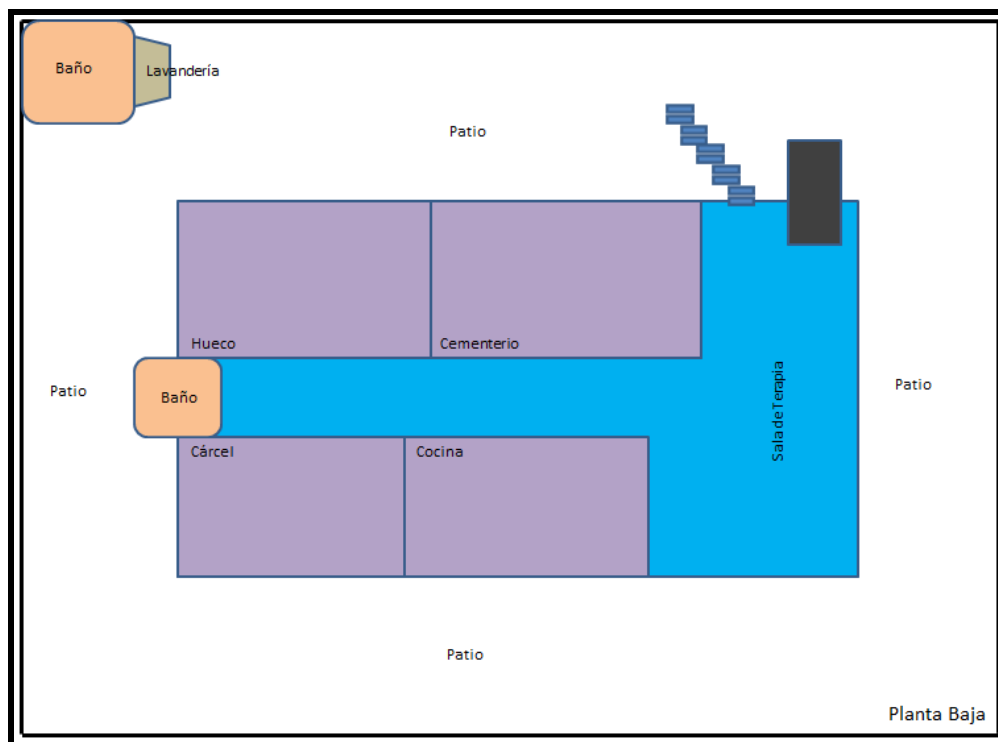
En las conversaciones que mantuve con Marcos supo decirme que hubo la predisposición de buscar otras propiedades, pero que las familias cercanas no estaban de acuerdo en que cerca de sus hogares se ubique una clínica de rehabilitación para drogodependientes. En nuestra sociedad el estereotipo del drogadicto se lo relaciona constantemente con delitos como: el vicio, el robo, el asalto, la violencia, la deshonestidad y la falta de moral.

La infraestructura de la clínica Manantial de Vida es bastante precaria pues se trata de una casa antigua de adobe (Anexo 4), con pisos de madera, con un pequeñísimo patio. El área denominada residencial que es donde viven los internos, está compuesta por dos plantas que detallaré a continuación.



Anexo 4 (Clínica Manantial de Vida)

La planta inferior (ANEXO 5) de la clínica cuenta con tres habitaciones, la primera se ubica al fondo del pasillo y se denomina la Cárcel, aquí ubican a los internos recién llegados y recaídos posee dos literas, es bastante angosta, y tiene una puerta de metal de color negro.



Anexo 5 (Plano de la planta Inferior de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida)

Si realizamos una lectura del lenguaje del sitio podría definirlo de la siguiente manera: el color de la puerta simboliza el sitio donde termina todo lo sucio, lo dañado, lo desperfecto. Las personas recaídas son consideradas como lo peor en las clínicas de rehabilitación porque supone que ya atravesaron un proceso y no les sirvió de ninguna forma. El recién llegado representa en cambio el último peldaño en la clínica porque de esta persona se tiene pocos antecedentes y no se sabe cuál será forma de reaccionar por lo tanto lo colocan ahí. Este cuarto es estrecho y existe bastante dificultad para movilizarse lo que genera varias reacciones en los internos, entre esas la impotencia, la rabia y el hostigamiento.

La segunda habitación se encuentra frente a la “la cárcel”, y se la denomina el “hueco”, los internos que ocupan esta habitación son inquietos, molestos y rebeldes, es más amplia, que “la cárcel”, posee tres literas no tiene puerta sino más bien una cortina que separa a la habitación del corredor y “la cárcel”. La extensión de esta habitación implica mayor libertad de los internos, pero al mismo tiempo falta de privacidad. Es decir, ninguna de las habitaciones suministrará un completo confort para los internos y el paso por cada una de las habitaciones implica un proceso más cumplido en el proceso de tratamiento, seguido de una mayor exigencia a las normas de la clínica.

La última de las habitaciones es la denominada “cementerio” posee cuatro literas y es la más amplia en la planta inferior, en este dormitorio se ubican a los adictos más adultos (30-70), pero también a los internos que han conseguido mayor confianza del personal. Cada una de las habitaciones posee ventanas que se encuentran totalmente cerradas y con rejas por dentro poseen unas puertas colocadas para no permitir la mirada de los adictos a las partes de afuera de la clínica, además están cerradas con candado lo que le da un aspecto más lúgubre al sitio. En ninguno de los cuartos hay closets sino algunas cajas rectangulares para que el que tuvo suerte coloque sus pertenencias a su llegada a la clínica.

Entre el “hueco” y la “cárcel” existe una batería sanitaria incompleta, no tiene ducha y está en pésimas condiciones, su espacio no es mayor al de un metro y medio por un metro y medio, el piso no tiene baldosa y la puerta de madera que posee el baño es vieja y no tiene cerrojo, el olor es bastante nauseabundo y tampoco tiene luz, es decir cuando el adicto entra al baño debe darse modos para realizar el uso del mismo.

La cocina es un sitio pequeño y precario que cuenta con un fregadero, una cocina industrial de dos hornillas, una vajilla de fierro, tazas de plástico, cucharas, cuchillos y cucharones, el piso es de piedra y posee un mesón que en su parte inferior contiene unas tablas a manera de estantes donde se colocan las minúsculas compras que a veces restan del almuerzo.

El área terapéutica (ANEXO 6) se ubica alado de la cocina y diagonal al cementerio, es un espacio a modo de sala, es amplio, con sillas de plástico blancas, un pizarrón, algunos cuadros con los pasos del programa de Narcóticos Anónimos (N.A), una Oración denominada de la “Serenidad” y cuadros con frases como: hágalo con calma, primero lo primero, si te alejas de la clínica no preguntes porque recaes.



Anexo 6 (Sala de Terapia)

Esta es la descripción de la rústica infraestructura en la que mantienen a los internos. El espacio de la clínica no ha sido escogido al azar sino que es un objeto construido para violentar simbólicamente a los internos a través de sus elementos. Sabemos que el espacio comprende elementos variables a partir de la extensión y que el hombre a partir de este construye sus distinciones cargadas de significación. La saturación existente en esta planta produce repercusiones en todos los ámbitos de desarrollo del interno porque reduce cualquier cualidad positiva que se pueda generar durante el internamiento.

En la Planta Superior (Anexo 6) podemos encontrar cinco habitaciones amplias. En la primera habitación de lado izquierdo está el dormitorio designado para visitantes o personas en seguimiento, solo existe una cama y un velador, posee además un balcón pequeño que da a la calle principal. La siguiente habitación alado derecho es la designada para las mujeres aquí existen dos

literas y es un sitio espacioso, posee una ventana pequeña sin cerrojos ni rejillas que da al patio, no hay armario pero si un tubo para colgar la ropa en armadores, tiene puerta y un cerrojo por dentro y por fuera.

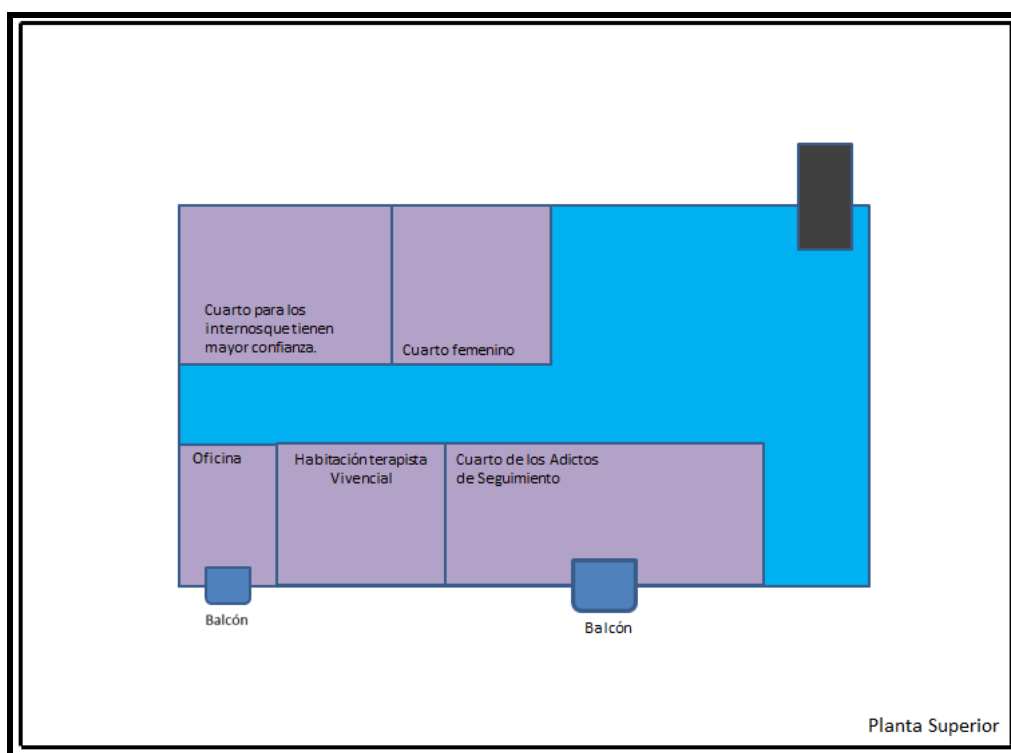


Anexo 7 (Segundo Piso, habitaciones, parte administrativa)

La tercera habitación es casi frente al de mujeres y es la designada para el terapeuta vivencial que vive en la clínica, posee una cama, una ventana, una puerta de madera con cerrojo por fuera, una televisión, una cómoda, una grabadora, un espejo, estantes, es decir, es una habitación completa a no le falta nada sino que tiene lo necesario. Alado de este cuarto está la habitación que funciona como oficina, posee un escritorio, dos sillas, una mesa de masajes y un balcón. Por último, al frente de esta habitación y alado del cuarto de las mujeres hay un cuarto más con dos literas para los internos que tienen mayor tiempo y confianza del personal, pero sólo las usan en el caso de que la planta inferior esté llena, posee una ventana sin rejillas y una puerta de madera.

Alrededor de la casa hay un patio pequeño, sin césped, habilitado más como garaje de autos que para otra cosa, esta es el área denominada como recreativa. En este lugar se encuentra también una casucha pequeña donde está la batería sanitaria completa a su lado hay una lavandería que sirve para lavar la ropa, y para ahogar a los internos en el tanque o mantenerlos sumergidos en el agua.

Como podemos observar la segunda planta (ANEXO 8) goza de mayor extensión lo que implica mayor libertad para los internos que están ubicados en esta sección. La carga simbólica es mucho menor confiriéndole un valor agregado al espacio donde se desarrolla el interno.



Anexo 8 (Plano de la Planta Superior de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida)

3.3 Descripción del personal y los internos, actividades programadas en la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida.

Al momento de realizar la observación participante en la clínica de rehabilitación se encontraban internas 22 personas, veinte hombres y dos mujeres. Los estratos sociales de los internos son: 60% medio alto y 40% entre el estrato alto y bajo; las edades de los internos oscilan desde los 17 a los 56 años. La gran mayoría de los internos han llegado a esta clínica “*capturados*”⁴⁷, muy pocos son los que toman la decisión de internarse por su cuenta. En su mayoría son consumidores de base de cocaína, seis cocainómanos, cuatro adictos a las “*pepas*”⁴⁸ y sedantes, y dos adictos al cemento de contacto.⁴⁹

⁴⁷ CAPTURADOS. Drogodependientes que han sido obligados a internarse en una clínica de rehabilitación a través de la fuerza, sedada o detenida, por pedido de algún familiar o amistad al personal de alguna de estas instituciones.

⁴⁸ PEPAS. Nombre que los adictos les dan a las pastillas farmacológicas que pueden alterarlos al igual que una droga al mezclarlas con alcohol.

⁴⁹ ENTREVISTA. Jacinto Sornoza, Terapeuta Vivencial de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida. 20 de noviembre de 2009

Con respecto al personal de la clínica solo un terapeuta vive en la misma, su nombre es Jacinto S, tiene 38 años y 4 años en recuperación, su familia vive al sur de Quito, en el sector del Recreo. El director es Marcos Plaza, tiene 7 años en recuperación y pasa cuatro días por semana en la clínica. Ignacio M es otro de los terapeutas vivenciales vive en Quito en el sector de la Magdalena, tiene 7 años en recuperación y fue compañero de Marcos durante su internamiento en “*Sencico*”⁵⁰. La encargada de las terapias espirituales se llama Marianela N tiene 2 años en recuperación y es de la ciudad de Ibarra. El médico general de la clínica es Franklin B y va una vez por semana a la clínica, por último el psicólogo se llama Manolo M, y va los días sábados en la mañana de 09:00 a 12:00.

A continuación podremos observar las actividades que se realizan en la clínica y la distancia que existe entre lo que se vive dentro y lo que está dispuesto en el nuevo reglamento para las clínicas de rehabilitación; y podremos observar de qué manera el personal usa los lenguajes de la violencia durante el proceso de internamiento.

Todas las actividades en la clínica son programadas, y lo que buscan es la internalización de los procesos a través de la normalización, que es producir sujetos conscientes, ordenados, y con un razonamiento específico.

Los discursos, el disciplinamiento, la vigilancia y la violencia simbólica atraviesan cada una de estas actividades, con el objetivo de obtener seres humanos dóciles, manejables, por lo tanto, domesticados. En la clínica el horario funciona de la siguiente manera:

5:40	Inicio de actividades
5:50	Ejercicios
6:20	Áreas de aseo
6:40	Ducha
7:30	Desayuno
8:30	Reflexión
10:00	Terapia
13:00	Almuerzo
15:00	Terapia
19:00	Cena
22:00	Terapia
1:00	Fin de las actividades

Anexo 9 (Horario de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida)

⁵⁰ SENCICO. Clínica de Rehabilitación considerada Nazi, donde se han recuperado gran cantidad de adictos.

El inicio de la jornada comienza con las amenazas verbales y golpes en las puertas, un silbatazo les informa que serán castigados por no estar a la hora indicada en el patio para realizar los deportes.

Cada interno se enumera y se forma en columnas disciplinalmente para dar inicio a los ejercicios, el sitio es pequeño lo que implica una cercanía molesta entre los internos. Durante el entrenamiento el terapeuta busca mejorar el aspecto físico del interno se repiten coplas de motivación que tienen por objetivo reafirmar al drogodependiente sobre lo deberá llegar a ser. Los ejercicios son muchas veces extenuantes y rigurosos, esto con el fin de encauzar al interno hacia la buena conducta.

Cada lunes se apunta en la bitácora la designación de las áreas de aseo, actividad que busca la recuperación de ciertos roles sociales como la responsabilidad, la limpieza, el orden y el compromiso. Esto lo hacen por medio de la entrega de una determinada área al cuidado del adicto, las áreas de aseo pueden ser agradables o desagradables y se las otorga según la actitud que tiene el interno y van desde: la limpieza de los baños, recolección de la basura, cocinar para los internos, arreglo de la sala de terapia, aseo de los perros, etc.

Después de esto los internos son obligados al “duchazo” en agua fría; la falta de privacidad al momento del baño es extenuante para el adicto porque es despojado de su intimidad y aunque genera resistencia no lo puede modificar, esto es lo que se conoce como violencia simbólica porque se exhibe la carga negativa a nivel subjetivo implicando muchas veces también el uso intencional de la fuerza logrando de esta manera profundizar el proceso de dominación.

Pero este no es el único medio a través del cual el terapeuta violenta al interno la examinación detallada a través de la vigilancia continua implica un control absoluto del interno y una reafirmación del poder del personal. Ningún adicto estará fuera de la mirada del terapeuta este podrá escudriñar en cualquier área donde desee ingresar desde el cuerpo hasta los pensamientos del interno porque éste no puede esquivar los símbolos de adscripción que le son impuestos.

Al igual que en otras instituciones la estructura básica de la norma se inscribe a través del lenguaje oficial de la Clínica de Rehabilitación, que cumple la función de resignificar las representaciones ya que sin ellas la institución y el personal no pueden dar forma a la otra cara del discurso, a los saberes, a las estrategias de inversión de los valores, a las disciplinas y por ende a la normalización.

Las horas de terapia son el espacio de acción o coacción del interno, los discursos hegemónicos, la violencia simbólica y la violencia física es durante estos períodos de tiempo cuando más se logra reducir, someter y normalizar al adicto.

Las terapias nocturnas son las más extenuantes para ellos, momentos de miedo, stress, angustia y expectativa, se viven por alrededor de tres horas en las que el terapeuta vivencial sorprende a uno o dos internos con una terapia personal y coercitiva en la que se reafirma el poder del personal sobre los internos, encausando su conducta forzosamente por medio del discurso y la violencia.

En Manantial de Vida, se usan varias frases que buscan direccionar los comportamientos de los internos. Estas prácticas discursivas tienen sobre ellas el poder de normalizar al interno, motivarlo, disciplinarlo, describirlo, corregirlo, someterlo o condenarlo.

A continuación describo algunos “giros” del lenguaje lego usado en la clínica:

“Me identifico”, esta es la primera frase que el adicto usa durante su internamiento. Inscribe una descarga en el otro, acerca de los actos, conductas, o acciones que el adicto cometió durante el consumo de drogas.

“Compartir”, esto es un dialogo que se da entre un adicto limpio y un adicto. El adicto limpio comparte las experiencias sobre su vida sin consumir drogas, y las herramientas que ha seguido y que han sido efectivas para mantenerse limpio o en recuperación.

“La misma película con diferentes actores”, es una frase que busca definir a todos los adictos por igual, con un cambio que solo deriva en el nombre. Esta frase se refiere a la vida que el adicto llevó durante el consumo de drogas encasillando a todos los adictos a las acciones o conductas que tenía para conseguir las drogas como: manipular, mentir, engañar, robar, vender su cuerpo, ser delincuentes, etcétera.

“Fondos”, esta palabra describe las acciones o conductas que el adicto llegó hacer o tener para conseguir drogas. Son cosas definidas como oscuras o sórdidas que el adicto guarda en su interior, y que casi nunca o nunca las ha manifestado a nadie por la vergüenza, remordimiento o denigración que le causan.

“Negación”, es la palabra que se usa para definir al adicto que no quiere reconocer el problema que tiene con las drogas. El terapeuta se lo dice a los internos que no se someten según ellos continúa teniendo un comportamiento autodestructivo. Al decirle a un adicto que está en negación es desvalorizarlo, es no creer en él ni en su proceso, para el personal si un adicto no se somete a todo lo que ellos dicen o hacen es estar en negación, por lo tanto, su proceso va mal, conlleva que va a tener que quedarse más tiempo interno, y que continuará sin recibir visitas, haciendo las áreas de

aseo que los demás detestan que no le pasaran “barracas”⁵¹, y que le impondrán “medidas de ayuda”⁵², etcétera.

“Si te alejas de la clínica, no preguntes porque recaes”: esta frase condiciona al interno a una recaída si este deja de ir a la clínica cuando está en el proceso de reinserción a la sociedad, o cuando ya terminó su tratamiento. Es como una sentencia del terapeuta al interno para que sepa lo que le deparará si no continúa asistiendo a los grupos de apoyo o a la clínica de rehabilitación.

“Adicto una vez, adicto para siempre”: esta frase muestra al interno su condición de adicto para toda la vida sin ninguna esperanza de recuperación.

“Selva de cemento”, así le llaman los terapeutas vivenciales a vivir la vida fuera de la clínica de rehabilitación. Esta frase la usan para referirse a todos los peligros que el interno deberá explorar cuando salga de su internamiento. Esta frase tiene implícito una connotación de peligro fuera de las instalaciones de la clínica, que por obvias razones asusta al interno.

“Trastornados”, es una palabra que para los terapeutas denota agrado o cariño a los internos. Pero la connotación de la palabra en si va mucho más allá, un trastorno es sinónimo de locura de demencia, de insania, de falta de cordura, concepto que le hacen interiorizar al interno como algo bueno, ningún adicto se siente mal por que le digan con ese término por la resignificación que le dan a la palabra.

“Ingobernables”, esta palabra la usan los terapeutas para describir según ellos la naturaleza egocentrista, descomedida e intolerante de los internos, también se usa para describir al interno que no se somete al internamiento y que siempre está castigado.

“Despertar espiritual brusco”. Esta frase la usa el terapeuta vivencial para amedrentar al interno que está ingobernable y se refiere al uso de los golpes o los castigos para que deje de estar en negación.

“El despertar espiritual”. Se define en cambio como el acercamiento o contacto con Dios.

“Bota la pepa”, esta frase se usa para decirle al interno que cuente lo que le sucede, por lo general se refiere a los sentimientos más íntimos que tiene el interno sobre algo, que puede ser de la vida cotidiana o con respecto a los fondos.

“Tapiñado”, esta palabra define al adicto como un mojigato.

⁵¹ BARRACAS. Término utilizado por el terapeuta para dar nombre a los alimentos o útiles de aseo que la familia envía al interno.

⁵² MEDIDAS DE AYUDA. Son las acciones violentas que el terapeuta vivencial ejerce sobre el interno ya sean físicas o simbólicas.

“Sométete”, implica la sumisión absoluta del interno puede usarla como palabra o como refuerzo de una agresión o castigo.

“Sácate la máscara o enmascarado” quiere decir que el adicto está engañando a los demás con respecto a su comportamiento.

“Para un buen loco hay un buen palo” esta frase se usa a modo de amenaza o como refuerzo de un castigo.

“Recuperación de culo” esta frase se la dicen a los internos que se someten pero que realmente están impávidos al proceso de rehabilitación, siguen en negación.

“Haz como que te doliera” esta frase busca instaurar las lágrimas en el adicto cuando este se está refiriendo algún episodio de su vida que causó dolor a su familia.

“Camella tú trastorno” esta frase se la dicen a los internos para que trabaje ciertos defectos de carácter muy acentuados por ejemplo la ira, la mentira, el robo, la intolerancia, la impaciencia, la terquedad, el control, etc.

“Adicto modelo” esta frase se la dicen a los internos que tienen el deseo de recuperarse, pero que muchas veces exagera en las cosas que hace, o comparte.

“Estar Limpio” no consumir ningún tipo de sustancia por un período de tiempo.

Como se ha podido apreciar este es el discurso que se usa durante el internamiento para someter, disciplinar o reafirmar cualquier tipo de práctica. Los términos brindan o imponen el acercamiento al otro no solo para el establecimiento del contacto, sino para persuadir, obligar y transmitir cualquier tipo de información apuntando a un propósito obvio que es la persuasión de los internos y el consentimiento de estos para ser sometidos a cualquier tipo de violación o castigo en nombre de su rehabilitación. Los términos y las frases utilizadas van mucho más allá del significado. Los internos terminan apropiándose de estas prácticas discursivas, muchas veces resignificándolas según la concepción que tienen de su realidad social.

Estas prácticas discursivas actúan, crean, mantienen y promueven el imaginario social que gira en torno al internamiento. Pero deja al descubierto el poder del discurso como una práctica que constituye y regula la realidad de los internos de la clínica de rehabilitación.

Las condiciones antes mencionadas establecen el lugar virtual o simbólico de los dispositivos de control que validan la existencia de esta institución y de muchísimas otras así como mecanismos de control violentos durante el internamiento.

3.4 Proceso de tratamiento de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida

El proceso de rehabilitación como ya se mencionó antes inicia con el internamiento del adicto. La captura es en procedimiento en el cual el adicto es agarrado en cualquier lugar que se encuentre y llevado a la clínica en contra de su voluntad. La captura por lo general es un pedido de la familia cuando el paciente no quiere someterse al internamiento.

La captura es una práctica que violenta al adicto porque va en contra de su voluntad e implica el apresamiento represivo (ANEXO 9) de éste, por lo tanto, la adicción se convierte en una deficiencia moral y el adicto es reprimido de la misma forma en que se realiza la detención de un delincuente.



Anexo 10 (Interno Golpeado)

A su llegada a la institución los grilletes y las esposas serán parte de las “medidas” que usarán los terapistas para someter al interno, además de un fármaco llamado sinogan⁵³ que se usa para dormir

⁵³ SINOGAN. Medicamento indicado para Neurosis de ansiedad. Esquizofrenia. Paranoia. Delirio. Manía.

a los pacientes considerados reaccionarios. Esto es una violación no solo de sus espacios personales sino que son procesos que atentan contra la dignidad de los adictos. Durante las terapias los humillan, desvalorizan, insultan hasta menoscabar la integridad del interno. Después de esto son los mismos terapeutas quienes reafirman al interno a través de un discurso salvador y poético, en el que el terapeuta vivencial conversa sobre su experiencia de vida y cómo salió de las drogas; fomentando siempre el internamiento de las personas con adicciones en las clínicas de rehabilitación.

El adicto al moverse en este grupo social termina normalizado y aceptando cualquier discurso expresado por el personal como cierto y óptimo, permitiendo cualquier tipo de violación, sometimiento y vejación en nombre del proceso de rehabilitación y su recuperación.

La alimentación de los internos es parte del proceso de rehabilitación, la mala comida es cosa de todos los días. Para el terapeuta el adicto debe aprender a valorar todo lo que en consumo rechazó, por ejemplo un guiso de carne, un desayuno con huevos, hasta una taza de leche. El castigo a través de la carencia alimenticia somete al interno al buen encauzamiento y a la disciplina. Al ser privado de los alimentos el interno reacciona más moldeable al tratamiento, tomando en cuenta que cuando el adicto empieza a dejar la sustancia tiene ansiedad por sustituir la droga con algo más. Es decir, el terapeuta controla la nueva droga del interno que es el alimento y a través de la comida puede hacer actuar al paciente de la manera considerada y adecuada que exige la institución.

Dentro del tratamiento muchos internos que terminan con su proceso regresan a la clínica a compartir sus experiencias fuera de esta. Es viernes por la tarde y han llegado varios de los internos que están de seguimiento, es decir, ex internos de la clínica. Algunos compañeros no se emocionan al verlos porque tienen envidia de que ya hayan salido, sin embargo otros están felices de verlos y contaban las horas para tenerlos de regreso, esto sucede porque varios enviaron cartas a sus familias con los adictos de seguimiento algo que no es permitido en la clínica y que si se llega a saber causará la toma de medidas para todos los internos.

Una de las personas que envió carta con “Joaquín”⁵⁴ un interno de seguimiento fue la Honguita⁵⁵, una interna a la que últimamente los terapeutas la cogieron a cargo, con esto me refiero a que están detrás de ella imputándola y molestándola por cualquier cosa. Me comentó que quieren enviarla a otra clínica que está en Quevedo en la que el internamiento es más exigente y tiene miedo de que

⁵⁴ JOAQUÍN. Interno que ahora se encuentra fuera de la institución pero sigue asistiendo para el seguimiento de su tratamiento.

⁵⁵ HONGUITA. Interna de la Clínica de rehabilitación Manantial de Vida.

las amenazas sean ciertas. Este juego discursivo busca poner en escena al interno para observar su conducta y comportamiento.

Los terapeutas aunque ya han disciplinado a la interna, ahora buscan controlar todo lo que sucede a su alrededor usando diferentes tipos de circunstancias imaginarias para ver su actitud frente a estas y cómo va en su proceso de rehabilitación. La aceptación de la interna al cambio de clínica demostrará que el tratamiento está funcionando, la negación al cambio implicará una nueva toma de medidas más radicales para encauzar a la interna al sometimiento completo y aceptación radical al proceso de rehabilitación.

Estos dispositivos discursivos buscan mostrar la vida del interno a través de su historia personal pero a la vez hacer que el adicto centre su atención en las faltas cometidas y busque su reivindicación a través de un reordenamiento de su conducta que implica la inflexión de la violencia física, simbólica, procesos de dominación, sometimiento y control. Esto con el objetivo de introducir o incorporar nuevas ideas.

La merienda está lista y después de comer Joaquín tendrá la oportunidad de compartir sobre su experiencia en la “selva de cemento”. Joaquín es un joven de 19 años, inquieto, divertido y jovial; estuvo interno alrededor de ocho meses y en una de nuestras conversaciones me contó cómo fue “sinoguesto”⁵⁶ en la clínica por un frustrado intento de fuga, en el que no tuvo nada que ver, pero como me dijo: en Manantial “justos pagan por pecadores”⁵⁷.

En media sala de terapia les hicieron arrodillar desnudo, colocaron frente a ellos un vaso con agua y dos pastillas a lado de cada vaso. Mientras ellos tomaban posición los terapeutas increpaban contra ellos, hasta el punto de obligarlos a confesar delitos que no habían cometido. Esta escena a más de los golpes, implica la inflexión de la violencia simbólica a través de las prácticas discursivas que lo que buscan es colocar al interno en un espacio cargado de simbolismos construido por el personal para mantener el control, para dominar, disciplinar y someter al interno a la potestad del trapista.

Han pasado aproximadamente unas dos semanas desde que salí de la clínica, llegue a realizar una de mis visitas y la Honguita está encerrada en su habitación, conversé con algunos de los internos y dicen que se intentó escapar de la clínica pero la atraparon. Subí a su habitación y la noto bastante maltratado, según tengo entendido la sinoguearon, la golpearon, la enterraron en una fosa de lodo, y la han metido en el tanque de agua por alrededor de una hora y media por tres días seguidos está bastante temerosa y el ambiente en la clínica se ha tornado alarmante para los internos. El

⁵⁶ SINOGUEADO. Es una homologación que se hace del fármaco sinogan, medicamento usado para sedar a los internos en la Clínica de Rehabilitación manantial de Vida

⁵⁷ ENTREVISTA. Joaquín. Febrero 02 de 2010

sometimiento que observaron cometer contra la interna ha reafirmado el control del personal, al mismo tiempo que ha sembrado el miedo en todos los internos sobre las represalias que los terapistas tienen cuando una persona intenta escapar de la clínica, es decir, cuando no se asumen y cumplen las normas y reglas establecidas por la institución.

Esta relación de fuerza del personal sobre los internos influyen directamente en las acciones, pensamiento, y forma de realizar las cosas; las prácticas, mecanismos y dispositivos empleados por el personal transforman completamente al adicto. Es decir, el proceso de tratamiento busca no solo depurar completamente las conductas que el adicto adquirió durante el consumo por otras nuevas que estén sujetas a la estructura de la sociedad diferenciadas y reequilibradas a la actividad racional de la sociedad, sino también que tomen en cuenta todo lo que están teniendo que vivir por haber consumido drogas.

Para terminar podría comentarles que durante una de las últimas visitas a la clínica asistí a una “confrontación” (ANEXO 10). La confrontación es una ceremonia para los internos que han cumplido su tiempo de internamiento, y que por lo tanto se van a reintegrar a la sociedad. La ceremonia se conforma en la sala de terapia a manera de un tribunal, un interno es llevado al sitio para ser juzgado.



Anexo 11 (Confrontación)

Toda esta escena es bastante humillante y desgastante para el interno, parte del “show” implica el perdón a los presentes por parte del adicto así como también la reafirmación del terapeuta como el salvador del interno y por ende de la reconstrucción familiar. El terapeuta además promueve como el anormal ha sido normalizado, disciplinado y devuelto a la sociedad para ser productivo. Con este proceso culmina el internamiento del adicto y por ende su proceso de rehabilitación en la Clínica Manantial de Vida.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Conclusiones

En las instituciones totales se observa una construcción del “sujeto anormal” con una caracterización negativa de éste particularmente desde el personal. Los internos son vistos como individuos con defectos y fallas personales, las que se materializarían en conductas que se alejan de la norma, destacando un discurso ideal implícito frente al cual son comparados.

Para el personal de la institución la estrategia discursiva que opera es la legitimación de la posición estigmatizada del anormal. Esta visión carenciada del interno, centrada en su anormalidad, permite al personal posicionarse en un rol de “salvador”, llamado a llevar las carencias del interno a través del proceso de rehabilitación. Esta mirada contiene matices paternalistas, que direcciona el trabajo del personal profesional de la clínica: (psicólogos, psiquiatra, trabajadora social y director de la clínica).

Durante el internamiento se castigan todas aquellas conductas que evidencian que el interno expresa, rebeldía, apatía, pereza, no acatamiento de órdenes, etc. Estos abusos son reconocidos tardíamente por los familiares de los individuos y muchas veces hasta por los propios internos. La consecuencia de esta práctica implica lo que Foucault (2002) denomina la sanción normalizadora: una vigilancia que permite calificar, clasificar y castigar: “No vamos a gastar más tiempo en ti, sino acatas las normas, simplemente se te va a obligar hacer las cosas”.⁵⁸ Para otorgar mayor consistencia a esta orden, el personal, reprime al individuo que no desea recuperarse y que es un desafío permanente hacia el proceso de rehabilitación, por tanto hacia el personal.

Como acto lingüístico, esto se vuelve una declaración que expresa existencia de un mundo en el cual los internos solo están “pasando el tiempo”, aduciendo así una pérdida del tiempo con ellos.

El personal por lo general es quien identifica a los internos que tienen mayores problemas de conducta, éstos, de por sí ya están estigmatizados bajo este comportamiento. Hablar de los individuos-problema es una estrategia discursiva que permite a los hablantes circunscribir el

⁵⁸ Frase utilizada en la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida por los terapeutas. 18 de diciembre de 2009

problema de la violencia con ciertos internos específicos. El efecto que esto tiene es restringir las acciones de abordaje a la intervención específica con esos adictos.

Por lo tanto, resulta importante visualizar cómo esta conceptualización influye en la mirada y el abordaje de los internos y el personal durante el internamiento. Lo que implicará que será mucho más vigilado por el personal, y castigado con más severidad para ver si de esta manera el mejora o cambia su actitud. Esto afirma cómo la validación de las declaraciones existe solo si se someten a la debida autoridad, lo que garantiza su eficacia. Así, nos encontramos con una calificación de las conductas y una contabilidad de individuos basadas en valores opuestos respecto al “bien y el mal”. Esta contabilidad convierte a los adictos con menor apego a la norma como un “caso”, como un individuo cuya conducta hay que encauzar o corregir (Foucault, 2002). Se trata la construcción de una clasificación que, jerarquiza a su vez, individualiza los cuerpos por una localización que los distribuye y los hace circular en un sistema de relaciones. Por otra parte, la individualización a través del “caso” remite al “caso clínico” y, mediante ello, a la autoridad del modelo médico como garante de una etiología patologizante.

Para el personal, las causas de las carencias percibidas en los internos son atribuidas a factores externos. En ese discurso prevalece la negativización del medio cultural socioeconómico y el espacio físico desde una como declaración afín al determinismo ambiental en el proceso de adquisición de “malas conductas”. El espacio físico también tiende a reafirmar el discurso como argumento para explicar ciertos comportamientos que deberán ser “corregidos”.

Al nivel del discurso el personal se construye como uno de los principales responsables de la violencia hacia los propios internos por no acatar las órdenes, caracterizándolos como individuos sin preocupación e interés por mejorar su vida.

El protocolo, realizado por el personal para esculcar la vida del interno le permite conocer aspectos negativos de éste como parte de la coalición alienativa legitimando las prácticas discursivas.

De esta manera, se construye una visión de los internos como individuos problemáticos, lo que se justifica por medio de, disciplinamiento, castigo y violencia simbólica en exceso que parte del personal.

El abordaje de la institución total se centra en la sanción normalizadora hacia los internos, estableciendo prácticas y procedimientos para encausar a los adictos como por ejemplo los golpes, el ejercicio, la suspensión de los alimentos, las humillaciones, las cargas de trabajo, etc.

En general el personal espera que el interno cambie, y se comporte de acuerdo a la sociedad y sobre todo no regrese a sus antiguas conductas, esto a través del maltrato físico y psicológico que el personal administra a los internos para encauzar su conducta.

Para el personal la violencia permite un cambio rotundo en la conducta del interno que opera a través de las prácticas discursivas y los lenguajes de la violencia que buscan normalizar cualquier tipo de accionar, construyendo un mundo social coherente, a pesar de las violaciones a las que son sometidos los internos.

El maltrato, la severidad y la arbitrariedad con la que actúa el personal provoca a nivel simbólico una serie de contradicciones acerca de las prácticas de exclusión a las que están siendo sometidos, pero las afirmaciones y las argumentaciones son las que dan los componentes culturales comunes que usan y que dan sentido a las prácticas discursivas y materiales concretas que utilizan en el internamiento.

La violencia se visibiliza en el internamiento, por medio de procedimientos institucionalizados, así como también se concreta el denominado discurso ideal construido por el personal, procreando prácticas sistemáticas que atienden a concebir en los internos a la violencia como lo que necesitan para rehabilitarse, justificando el sometimiento, el dominio sobre ellos, las inequidades existentes y el castigo como parte de su rehabilitación como práctica fundamental para contrarrestar la anormalidad y el desvío de la norma, además de una concreta obediencia a la autoridad, dando así un valor extra al poder disciplinario (Foucault, 2002), cuyo éxito, en este caso, radicaría en el uso prácticas como la sanción normalizadora. De este modo, aparece el componente disciplinario como parte de la violencia institucional ejercida en la clínica de rehabilitación Manantial de Vida, constatándose así que el lenguaje construye el recurso de legitimación y argumentación para realizar cualquier tipo de práctica violenta creando así un sentido y otorgando valor para hacer coherentes estas prácticas involucrando además la promoción de estos mecanismos de sometimiento y dominación en las clínicas de rehabilitación a través de los propios internos.

Las condiciones a las que el adicto es sometido en el internamiento conformará un escenario subjetivo completo al momento del discurso explícito del terapeuta, y todas las prácticas llegan a ser parte de la institucionalidad de estos sitios que tienen por regla de juego a los mecanismos de poder como es el caso de los lenguajes de la violencia, demostrándose así, la penalización a la que son sumergidos los internos por su estigmatización y condición de adictos (anormales), al igual que los in-sanos en las instituciones totales.

Las prácticas discursivas de la clínica de rehabilitación permiten verificar claramente la violencia simbólica. La estigmatización, discriminación y dominación en el contenido del lenguaje constituye una práctica oculta que busca reproducir concepciones de sometimiento de los adictos.

Cada una de las disposiciones dadas por los terapeutas por medio del lenguaje oficial encubre toda una serie de procesos de dominación y de relaciones de poder que predisponen al adicto con respecto a su posición social en el internamiento.

Por lo tanto, las prácticas discursivas aseguran el tipo de desenvolvimiento del interno para que éste reproduzca la lógica de la institución, funcionando sin forzar a la persona pero a la vez induciéndolo a realizar determinadas actividades porque así lo quiere. Es decir, orientan al adicto a actuar según la práctica discursiva.

Por último, la violencia simbólica dentro de las prácticas discursivas lo que buscan es condicionar a los adictos e imponerles determinadas percepciones, que se inscriben en su memoria logrando la persuasión, imposición o amenaza de los internos sin tomar en cuenta su deseo o predisposición. Por lo tanto, las prácticas discursivas y la violencia simbólica traspasan y permean cada uno de los espacios de la institución formándose relaciones tensas revestidas de una aparente naturalidad que ante la insubordinación produce reacciones inesperadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. BOURDIEU, Pierre, WACQUANT, Loic J. D (1995). Respuestas por una antropología reflexiva. México: Grijalbo. 229 p.
2. BOURDIEU, Pierre (1997). Razones prácticas: sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama. 232 p.
3. CASTRO, Edgardo (2004). El vocabulario de Michel Foucault, un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores. Buenos Aires: Universidad nacional de Quilmes. 376 p.
4. PEREZ GAMBIN. C (2000). La psicología Uruguaya hasta 1950. Arena. 151 p.
5. COOPER, David.(1967). Psiquiatría y antipsiquiatría. Buenos Aires: Tavistock Publications. 146 p.
6. FOUCAULT, Michel. (2007). La historia de la sexualidad: Volumen I. La voluntad del saber. México: Siglo XXI. 194 p.
7. FOUCAULT, Michel (1975). Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. México: Siglo XXI. 141 p.
8. FOUCAULT, Michel (1967). Historia de la locura en la época clásica: tomo II. México: Fondo de Cultura Económica. 575 p.
9. FOUCAULT, Michel (1975). Los anormales. Madrid: Akal. 344 p.
10. FOUCAULT, Michel (1982). Las palabras y las cosas. Madrid: Siglo XXI. 375 p.
11. FOUCAULT, Michel (1997). La arqueología del saber. Madrid: Siglo XXI. 355 p.
12. GOFFMAN, Erving.(2004). Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu. 374 p.
13. HORKHEIMER, Max, ADORNO Theodor (2007). Dialéctica de la Ilustración: fragmentos filosóficos. Madrid: Akal. 320p.
14. ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Estadísticas: Ecuador (2008-2010). MSP

PÁGINAS WEB

1. MCCARTHY, Thomas. Crítica a la razón impura. 152p. [en línea] [citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:filopoli-1993-2-60E1500C-85A8-9A09-0D59-6BBE535B94FB/critica_razon.pdf.
2. FOUCAULT, Michel. El sujeto y el poder en Humbert L.Dreyfus. [en línea] [citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/80934680/Resumen-Michel-Foucault-2001-El-sujeto-y-el-poder>
3. EL UNIVERSO. [en línea][citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.eluniverso.com/2012/02/19/1/1422/irregularidades-7024-clinicas-rehabilitacion-pais.html>.
4. EL EXTRA. [en línea][citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.extra.ec/ediciones/2011/02/23/cronica/se-ahorco-dentro-de-centro-de-rehabilitacion>
5. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR [en línea][citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.msp.gob.ec/index.php/component/content/article/39-programas/salud-mental-/75-informacion-general>
6. OMS [en línea] [citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/unodc_who_brochure_spanish.pdf
7. COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS. CICAD [en línea][citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/2012_plan_prevenci%C3%B3n.pdf
8. COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS. CICAD [en línea][citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/eng/National%20Plans/ECUADOR%202009-2012.pdf Pág. 16
9. EL UNIVERSO. [en línea] [citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.eluniverso.com/2012/02/19/1/1422/irregularidades-7024-clinicas-rehabilitacion-pais.html>
10. COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS. CICAD [en línea][citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/decreto_339.pdf
11. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR [en línea][citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.msp.gob.ec/index.php/component/content/article/39-programas/salud-mental-/75-informacion-general>

ENTREVISTAS

ENTREVISTA. Vía Telefónica 20 de septiembre de 2012. Dr. Roberto Enríquez Técnico encargado de la Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación, Salud Mental y Cuidados Especiales en Salud y de la Red de Centros y Servicios de Recuperación de Adicciones. Entrevista realizada por María José Medina

ENTREVISTA A Dr. Joffre Jiménez Consep. 15 de abril de 2011. Entrevista realizada por María José Medina

ENTREVISTA. A Dr. Joffre Jiménez. Consep. 15 de enero de 2011. Entrevista realizada por María José Medina

ENTREVISTA. Jhon, patio de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida. 20 de octubre de 2009. Entrevista realizada por María José Medina

ENTREVISTA. Vía telefónica con Diego B. Interno de la Clínica de Rehabilitación Manantial de Vida. Junio 20 de 2011. Entrevista realizada por María José Medina